ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Informationen aus der Praxis für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen

Piero Rossi

ISBN 978-3-033-02962-0

1. Auflage 2012
Alle Rechte vorbehalten
© Dipl.-Psych. P. Rossi, CH-5603 Staufen

ISBN 978-3-033-02962-0

Wichtige Hinweise

Forschung und klinische Erfahrung in den psychologischen Wissenschaften und der Medizin erweitern laufend unsere Kenntnisse. Dies gilt auch für die Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen. Den Leserinnen und Lesern dieses Buches obliegt es daher, auch in eigener Verantwortung festzustellen und zu prüfen, ob die Informationen, welche in diesem Buch abgegeben werden, vollständig, korrekt und für ihre/seine Ziele oder Zwecke geeignet sind. Alle Informationen in diesem Buch beruhen auf dem bis 2012 bekannten Wissen über die ADHS.

Informationen über Medikamente gelten in keinem Fall als Empfehlung. Eine medikamentöse Behandlung einer ADHS hat ausschliesslich auf Anweisung und unter Kontrolle von Ärztinnen und Ärzten zu erfolgen. Die Leserinnen und Leser mögen zudem zur Kenntnis nehmen, dass der Bezug von psychologischen oder medizinischen Informationen eine persönliche Konsultation einer Fachperson in keinem Fall ersetzen kann.

Urheberrechte beachten

Dieses Buch einschliesslich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung ausserhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne vorgängige und schriftliche Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar. Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen in diesem Buch berechtigt nicht zur Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Der Autor

Piero Rossi arbeitet seit 1985 als Psychologe und Psychotherapeut. Er ist tätig in eigener Praxis. Sein Schwerpunkt liegt in der Diagnostik und der therapeutischen Arbeit mit ADHS-Betroffenen. Siehe auch: www.piero-rossi.ch.

Die Koautorin

Die Psychologin lic. phil. Susanne Bürgi, ehemalige Mitarbeiterin in der Praxis von Dipl.-Psych. Piero Rossi, arbeitet zurzeit als Neuropsychologin am Kinderspital St. Gallen.

Inhalt

VORWORT **14**

ADHS – DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK **18**

KERNMERKMALE DER UNAUFMERKSAMKEIT 18
KERNMERKMALE HYPERAKTIVITÄT UND IMPULSIVITÄT 18

ECKPUNKTE, CHANCEN UND STOLPERSTEINE DER ADHS-THERAPIE BEI KINDERN, JUGENDLICHEN UND ERWACHSENEN **24**

GESELLSCHAFT UND THERAPIE 24
KRANKE GESELLSCHAFT – KRANKE KINDER? 25
MACHBARKEITSWAHN VS. RECHT AUF KRANKHEIT UND BEHINDERUNG 26
ZUM WOHL DES KINDES 27
BEI DEN STÄRKEN ANSETZEN 28
ANRECHT AUF EINE OPTIMALE THERAPIE 29
MULTIMODALE THERAPIE 30
SÄULEN DER MULTIMODALEN THERAPIE 31
WIE SICHER IST DIE THERAPIE? 33
DIAGNOSTIK ALS VORAUSSETZUNG FÜR EINE ERFOLGREICHE BEHANDLUNG 34
SORGFÄLTIGE INDIKATIONSSTELLUNG 35
DIE ABKLÄRUNG GANZ KONKRET 36
TEILLEISTUNGSSTÖRUNGEN ERFASSEN 37
THERAPIE AUCH BEI UNKLARER DIAGNOSE 37
ADHS-THERAPIE KONKRET 38
THERAPEUTISCHE WIRKUNGEN VON STIMULANZIEN 41
GRUNDSÄTZLICHES ZU ALTERNATIVEN BEHANDLUNGSFORMEN DER ADHS 49
DIE OPTIMALE ADHS-THERAPIE 50

ADHS – KRANKHEIT DER NEGATIVEN GEFÜHLE? **51**

LEBEN MIT ADHS – EINE VIA DOLOROSA 51
NEGATIVE ERFAHRUNGEN FÜHREN ZU NEGATIVEN GEFÜHLEN 52
WAS SAGT UNS DIE HIRNFORSCHUNG? 52
MOTIVATIONSREGULATION 53
SCHNELLER LUST- UND MOTIVATIONSABFALL – KERNPROBLEM BEI DER ADHS 53
HILFLOSIGKEIT UND AGGRESSIONEN 54
SCHWACHSTELLE BELOHNUNGSSYSTEM 54
WIRKUNG DER STIMULANZIEN 55
ZUSTÄNDIG IST DAS DOPAMINSYSTEM 55
NICHT KÖNNEN ODER NICHT NICHT WOLLEN? 57
TRAUMATISIERENDE ERFAHRUNGEN 58
VERBITTERUNG DURCH MANGELNDES VERSTÄNDNIS UND FEHLENDE AKZEPTANZ 58
KONSEQUENZEN FÜR DEN ALLTAG 60

DUMM, FAUL, UNFÄHIG? ADHS BEI JUGENDLICHEN UND ERWACHSENEN **61**

ADHS BEI MÄNNERN 61
HÄUFIGKEIT UND VERLAUF 64
ADHS ALS SCHWÄCHE DER HEMMFUNKTIONEN 68
ADHS BEI FRAUEN 72
ADHS BEI JUGENDLICHEN 78
RISIKO DROGEN 80
RECHTZEITIG ABKLÄREN 81
PSYCHISCHE FOLGEN DER ADHS 82
IM TEUFELSKREIS DER ADHS-PROBLEME 85
SCHULDGEFÜHLE 86
WANN ABKLÄREN? 89
DOPAMINHYPOTHESE 91
THERAPIE DER ADHS 92

THERAPIE STATT IDEOLOGIE – EINE PRAXISRELEVANTE BESTANDSAUFNAHME ZUR ADHS BEI ERWACHSENEN **94**

LEBEN MIT EINER ADHS 95
HERAUSFORDERUNG ADHS-DIAGNOSTIK 96
UNZUVERLÄSSIGE ADHS-TESTS? 97
ADHS-SPEKTRUM-STÖRUNG 97

ZERSTREUT, GEREIZT, LEICHT ABLENKBAR – ADHS IM ERWACHSENENALTER **101**

POS, HKS, ADD, AHDS ...? 101
ADHS AUCH BEI ERWACHSENEN 102
ABLENKBARKEIT, VERGESSLICHKEIT 102
ORGANISATIONSPROBLEME 103
HYPERAKTIVITÄT/IMPULSIVITÄT 103
NIEDRIGE FRUSTRATIONSTOLERANZ UND EMOTIONALE INSTABILITÄT 104
DIAGNOSTISCHE KRITERIEN 105
ASSOZIIERTE STÖRUNGEN 107
NEUROBIOLOGISCHE URSACHEN 108
DIAGNOSTIK DER ADHS 108
ZUR THERAPIE DER ADHS 109

ADHS – SELBSTWERTGEFÜHL, DISSOZIATION UND IDENTITÄT **111**

ERSCHWERTE IDENTITÄTSENTWICKLUNG 112
WEITWINKELOPTIK 113
MULTITASKING, STRESS 113
SELBST- UND FREMDEINSCHÄTZUNG 114
WENN SICH ALLES ZUSPITZT 115
ENTSCHEIDUNGSSCHWIERIGKEITEN 115
VERTUSCHEN 117

FOLGEN DER ZU HOHEN IMPULSIVITÄT AUF DAS SELBSTWERTGEFÜHL 120
AKTIVITÄTSREGULATION 121
STRATEGIEN VON ADHS-MÄDCHEN 122
ZWÄNGE 123
FAMILIÄRE HÄUFUNG 123
PSYCHOTHERAPIE 124

REICHT NICHT EINFACH DER „RITALIN-TEST“? ZUR DIAGNOSTIK DER ADHS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN – HINTERGRUNDINFORMATIONEN UND PRAKTISCHE EMPFEHLUNGEN **126**

DAS WICHTIGSTE: VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN 127
BAUCHGEFÜHL UND GESUNDER MENSCHENVERSTAND IN DER DIAGNOSTIK 127
GLAUBEN ODER WISSEN 128
DIAGNOSTIK = GANZHEITLICHES ERFASSEN 129
FLÖHE UND LÄUSE: DIAGNOSTIK VON BEGLEITERKRANKUNGEN 131
MUSS DAS ALLES SO KOMPLIZIERT SEIN? 132
WOZU EINE LANGWIERIGE DIAGNOSTIK? REICHT NICHT DER „RITALIN-TEST“? 134
WIE EINE ABKLÄRUNGSMÖGLICHKEIT FINDEN? 134
PRAXISTIPPS: DIAGNOSTIK-CHECKLISTE (NICHT NUR) FÜR ELTERN 135
QUALIFIKATION DER DIAGNOSTIKERIN / DES DIAGNOSTIKERS 136
DOPPELSPURIGKEITEN VERMEIDEN 137
SO WENIG WIE MÖGLICH, SO VIEL WIE NÖTIG 137
ANERKANNTE UNTERSUCHUNGSMETHODEN 137
NEUROPSYCHOLOGISCHE UNTERSUCHUNG 138
FAMILIENANAMNESE 140
EINBEZUG DER LEHRKRÄFTE 141
ANDERE URSACHEN BERÜCKSICHTIGEN 141
KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG 142
WO LIEGEN DIE STÄRKEN DES KINDES? 142
WARUM DIESE UND KEINE ANDERE THERAPIE? 142
VERLAUFSDIAGNOSTIK 144

(K)EIN FALL VON ADHS – DIFFERENZIALDIAGNOSTIK DER ADHS **145**

TATSACHE ADHS 146
WILL ES NICHT ODER KANN ES NICHT? 147
TATSACHE: KEINE ADHS 148
BEISPIEL FRAU Z. 148
FALSCH-POSITIVE ADHS-DIAGNOSEN 151
FRAGEBOGEN UND SYMPTOM-CHECKLISTEN 153
SCHUL- UND NEUROPSYCHOLOGISCHE TESTS 153
EXKURS: HINTERGRÜNDE DER ADHS 154
ADHS IN DER UNTERSUCHUNGSSITUATION 157
STOLPERSTEINE DER TESTDIAGNOSTIK 159
SINN UND ZWECK VON TESTUNTERSUCHUNGEN 161
KONZENTRATIONSTESTS ALLEINE REICHEN NICHT 168
RÄUMLICH-KONSTRUKTIVE STÖRUNGEN 172
DAS ADHS-AUSSCHLUSSKRITERIUM 174
WAS KÖNNTEN ELTERN UND BETROFFENE FÜR SCHLUSSFOLGERUNGEN ZIEHEN? 176

ADHS ODER ASPERGER-SYNDROM? EIN PRAXISBERICHT ZUR DIFFERENZIALDIAGNOSTIK DER ADHS **177**

ABKLÄRUNGEN BEI ADHS-VERDACHT – EIN SCHWIERIGES UNTERFANGEN 177
EINE ADHS KOMMT SELTEN ALLEIN 178
ADHS: KERNSYMPTOME SIND UNSPEZIFISCH 179
PROBLEM: ADHS-SCREENING-DIAGNOSTIK 180
ADHS: EINE MODEERSCHEINUNG? 181
ZUNAHME VON FALSCH-POSITIVEN ADHS-DIAGNOSEN? 182
DAVID – EIN FALLBEISPIEL 187
ASPERGER-SYNDROM 195
DIAGNOSEKRITERIEN FÜR DAS ASPERGER SYNDROM GEMÄSS DSM-IV 196
HÄUFIGKEIT UND BEGLEITERKRANKUNGEN DES AS 198
WORIN UNTERSCHEIDEN SICH DAS AS UND DIE ADHS? 198
EINFÜHLUNGSVERMÖGEN 200

KONTAKTVERHALTEN, KOMMUNIKATION UND IMPULSREGULATION 202
NEUGIERVERHALTEN 204
SPIELVERHALTEN UND SONDERINTERESSEN 205
NEUROPSYCHOLOGIE 206
FAZIT 207

IMMER NUR ICH! KINDER MIT EINER ADHS UND IHRE GESCHWISTER IM STREIT – WAS TUN? **208**

URSACHE NR. 1: FEHLENDE AKZEPTANZ UND FEHLENDES WISSEN 209
URSACHE NR. 2: NICHT DIE RICHTIGE THERAPIE 219
URSACHE NR. 3. DIE THERAPIE IST NICHT OPTIMAL ABGESTIMMT 220
URSACHE NR. 4. GESCHWISTERKIND HAT EINE UNERKANNTE ADHS 220
URSACHE NR. 5. MUTTER ODER VATER LEIDEN EBENFALLS AN EINER ADHS 221
URSACHE NR. 6. DIAGNOSE STIMMT NICHT ODER IST UNVOLLSTÄNDIG 221
FAMILIENREGELN 222
LOBEN, LOBEN, LOBEN 222
OHNE STRAFEN GEHT ES NICHT 223

REDEN IST SILBER, HANDELN IST GOLD: ERZIEHUNGSRATGEBER FÜR KINDER MIT VERHALTENSSTÖRUNGEN **225**

HANDLUNGS- ANSTATT EINSICHTSORIENTIERTER ERZIEHUNGSSTIL 225
FÜHRUNGSINSTRUMENT: HAUSREGELN 229
HAUSREGELN IN DER PRAXIS 232

MACH ENDLICH! BAUSTELLEN UND IHRE UMFAHRUNGSMÖGLICHKEITEN IN ADHS-FAMILIEN **235**

BAUSTELLE NR. 1: WILL SIE NICHT ODER KANN SIE NICHT? 236
BAUSTELLE NR. 2: ANHALTENDE SCHWIERIGKEITEN TROTZ THERAPIEN 237
BAUSTELLE NR. 3: WOCHENEND–TERROR MIT PATRIK 238
BAUSTELLE NR. 4: EINSCHLAFSTÖRUNGEN 239
BAUSTELLE NR. 5: UNVERSTÄNDNIS UND HILFLOSIGKEIT 240
BAUSTELLE NR. 6: KAMPF UM DIE HAUSAUFGABEN 242

KOMORBIDE STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT EINER ADHS **247**

DEFINITION KOMORBIDITÄT 248
KOMBINATIONSDIAGNOSEN SIND BEI DER ADHS DIE REGEL 249
WIE WERDEN KOMORBIDE ERKRANKUNGEN ERKANNT? 249
DIFFERENZIALDIAGNOSTIK 250
DIE WICHTIGSTEN KOMORBIDEN BEGLEITERKRANKUNGEN DER ADHS BEI KINDERN 252
LERNSTÖRUNGEN 252
(EIN-) SCHLAFSTÖRUNGEN 252
SCHÄDLICHER KONSUM VON BILDSCHIRMMEDIEN 253
MOTORISCHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN 254
STÖRUNG MIT OPPOSITIONELLEM TROTZVERHALTEN 255
LESE- UND RECHTSCHREIBSTÖRUNG 255
ENURESIS, ENKOPRESIS (EINKOTEN) 256
DYSKALKULIE (RECHENSTÖRUNG) 256
TICSTÖRUNG 257
ANGSTSTÖRUNGEN 257
DEPRESSIONEN 258
POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS) 259
BIPOLARE STÖRUNG 260
BEGLEITERKRANKUNGEN DER ADHS BEI JUGENDLICHEN 260
STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS 260
SUCHTSTÖRUNGEN 261
ANDERE KOMORBIDITÄTEN 262

SÜCHTIG NACH STIMULATION – ZUR SUCHTGEFAHR VON KINDERN MIT EINER ADHS **263**

ROLLE DER ERZIEHUNG 265
MACHT RITALIN SÜCHTIG? 268
WARUM ÜBERHAUPT MEDIKAMENTE IN DER BEHANDLUNG DER ADHS? 271
SUPEREMPFINDLICHKEIT 272
ABSINKEN DES DOPAMINSPIEGELS 274
ANSTRENGUNGSVERMEIDUNGSHALTUNG? 277
LERNSTÖRUNGEN ALS FOLGE DER ADHS 277
KRITISCHE HÜRDE PUBERTÄT 278
SUCHE NACH STIMULATIONSERSATZ 280
WAS KÖNNEN ELTERN TUN, UM DAS SUCHTRISIKO IHRER KINDER MIT EINER ADHS ZU BEGRENZEN? 281

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG – AUCH BEI HOCHBEGABTEN? **283**

PHÄNOMENOLOGIE DER ADHS 283
ADHS BEI HOCHBEGABTEN 286
DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER ADHS 289
HÄUFIGKEIT UND BEGLEITPROBLEME DER ADHS 293
NEUROBIOLOGISCHE GRUNDLAGEN 294
ADHS ALS KONGENITALES DYSEXEKUTIVES SYNDROM 295
ZUR THERAPIE DER ADHS 303
BILDSCHIRMMEDIEN UND ADHS 307
ZUSAMMENFASSUNG 307
EINFÜHRUNG 307
JAN UND ERIC 308
TV, GAME BOY UND NINTENDO DS 310
GAME BOY-DIÄT 314
DIGITALE UNGEDULD 319
SCHNELLE COMPUTERSPIELE SCHADEN 321
„DAS IST JA WIE BEI EINER SUCHT!“ 323
ENTZUGSSYMPTOME 324

DER GEFRORENE BLICK 324
FERNSEHEN VS. LESEN 325
WAS TUN? 327
DER SCHOCK 328
DIE FAHRRAD-STORY 329
TV WEG – VELOPROJEKT HER – ADHS WEG? 331
GENAUER HINSEHEN 332
„… MACHT AGGRESSIV!“ 334
ZUERST BILDSCHIRMMEDIEN-ENTZUG, DANN RITALIN 334
VERURSACHT BILDSCHIRMMEDIENKONSUM ADHS? 335
NEUE HERAUSFORDERUNGEN 336
CYBER-MOBBING 336
CYBER-TRAUERARBEIT 337
VÖLLIG NEUE HERAUSFORDERUNGEN 339
FUNDAMENTALISMUS? 339
DIE WICHTIGSTEN FORSCHUNGSRESULTATE 340
EMPFEHLUNGEN 342
ZU DEN TIPPS: 342

KRITISCHES ZUM HERRSCHENDEN ADHS-DISKURS **347**

EINLEITUNG 347
BUCHBESPRECHUNGEN 347
BUCHBESPRECHUNG 1: RUSSEL A. BARKLEY: DAS GROSSE HANDBUCH FÜR ERWACHSENE MIT ADHS 348
WARUM GIBT BARKLEY TIPPS, WELCHE NICHT FUNKTIONIEREN KÖNNEN? 351
POSITIVISTISCHES WISSENSCHAFTSVERSTÄNDNIS 352
„WES BROT ICH ESS, DES LIED ICH SING“? 353
FORSCHUNG MIT ZAHLEN STATT MIT MENSCHEN 353
ETHOS DER SELBSTBEHERRSCHUNG 355
MENSCHEN = MÄNNER 358
TRANSKULTURELLE ASPEKTE? 359
BERUFE FÜR ADHS-BETROFFENE 359
FAZIT 360
BUCHBESPRECHUNG 2: „ADHS - NEURODIAGNOSTIK IN DER PRAXIS" 361

ANHANG: DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER ADHS GEMÄSS DSM-IV (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) **365**

Vorwort

Eltern, Berufskolleginnen, Berufskollegen und ADHS-betroffene Erwachsene haben in den letzten Jahren wiederholt den Wunsch an mich herangetragen, ein Buch über die ADHS zu schreiben. Dazu ist es bisher nicht gekommen. Mein Interesse galt und gilt in erster Linie der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit einer ADHS, mit Patientinnen und Patienten mit Störungen aus dem autistischen Spektrum und anderen neurobiologisch bedingten Entwicklungsstörungen sowie mit deren Angehörigen.

Die Arbeit in meiner psychologischen Praxis erfordert meine ganze Aufmerksamkeit. Seit 1995 habe ich – unterstützt von meinen Praxis-Mitarbeiterinnen – rund 1700 Menschen vorwiegend mit ADHS, aber auch mit Störungen aus dem autistischen Formenkreis, mit nonverbalen Lernstörungen und anderen Entwicklungsstörungen untersucht. Etwa die Hälfte dieser Patientinnen und Patienten habe ich im Anschluss an die Abklärung psychotherapeutisch behandelt.

Je mehr Erfahrungen ich in der Diagnostik und Therapie der ADHS gewinnen konnte, umso klarer wurde mir, wie wenig ich über dieses komplexe und heterogene Störungsbild weiss. Denken wir nur einmal daran, wie stark sich in Schule und Familienalltag der sogenannt unaufmerksame vom hyperaktiven Typus der ADHS unterscheiden und wie verschieden sich die ADHS bei Mädchen und Buben, bei Männern und Frauen entwickeln kann:

> *Hier das stille, übermässig verträumte, vergessliche, hypoaktive und ängstliche Mädchen mit der „langen Leitung“. Dort der laute, hyperaktive, provozierende, motorisch ungeschickte und überall aneckende ADHS-Knabe. Und da schliesslich der erwachsene ADHS-Betroffene, der chronische Temposünder und Adrenalin-Junkie mit ständigem Stellen- und Partnerwechsel, welcher immer Neues anreisst, allen vieles verspricht, kaum etwas zu Ende bringt, sich*

chronisch verspätet und unter seinem Ruf der Unzuverlässigkeit seelisch zerbricht.

Bei der ADHS haben wir es nicht mit einem Syndrom zu tun, welches durch ein weitgehend identisches Muster von Symptomen gekennzeichnet ist. Im Gegenteil: Sie ist charakterisiert durch eine grosse Kombinationsmöglichkeit verschiedenster Symptome. Auch hinsichtlich des Krankheitsverlaufes zeichnet sich die ADHS als nicht besonders charakteristisch aus: Einen überschaubaren Krankheitsverlauf, wie er etwa bei Angststörungen, Depressionen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum bekannt ist, kennen wir bei der AHDS nicht.

Auch wenn es die typische ADHS nicht gibt und sich in meiner Arbeit bezüglich Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie der ADHS je länger je mehr unbeantwortete Fragen häuften, war für mich – ausgehend von meinen Erfahrungen in der klinischen Praxis – immer evident, dass es viele Menschen gibt, welche durch chronische Aufmerksamkeits- und Impulskontrollschwächen sowie durch Planungs- und Umsetzungsprobleme massgeblich daran gehindert werden, ihre Persönlichkeit, ihre Beziehungsfähigkeit, ihre Kreativität und Intelligenz zu entfalten. Die psychischen und psychosozialen Folgen dieses Ausgebremstwerdens können verheerend sein.

Da „die“ ADHS nicht existiert, war es für mich auch nicht möglich, ein Buch über die ADHS zu schreiben, welches die Problematik der ADHS schlüssig und umfassend darlegt. Für eine Zusammenstellung charakteristischer Falldarstellungen fehlte mit die Zeit. Die folgenden Seiten enthalten daher vielmehr eine Zusammenstellung verschiedener Publikationen aus den letzten zwölf Jahren rund um die ADHS-Thematik.

Die in diesem Buch zusammengetragenen Texte richten sich an Eltern betroffener Kinder mit einer ADHS, an betroffene Erwachsene, an Angehörige, an Psychotherapeutinnen, Psychologen, Lehrerinnen, Heilpädagogen, Kinderärztinnen und Psychiater sowie

an andere Interessierte. Vielleicht ermöglichen es die folgenden ADHS-Puzzlesteine, besser zu verstehen, was die ADHS ist, was sie nicht ist und vor allem, wie ADHS-Betroffene wirksam unterstützt werden können.

Einen Anspruch auf Vollständigkeit und Aktualität erhebt die vorliegende Publikation nicht. Berücksichtigung erfahren sollte die Tatsache, dass einige der in diesem Buch enthaltenden Kapitel erstmals schon vor über zehn Jahren veröffentlicht wurden. Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass Forschung und klinische Erfahrung in den psychologischen Wissenschaften und der Medizin laufend zu neuen Erkenntnissen führen. Ich mache aufmerksam insbesondere auch auf die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), welche im Mai 2013 erscheinen wird und unter anderem auch mit einer Anpassung der diagnostischen Kriterien für die ADHS einher gehen wird.

Meinen Berufskolleginnen und Berufskollegen wird schnell ins Auge springen, dass ich in meiner Arbeit auf die sonst übliche Trennung der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie verzichte. Der Grund ist ein ganz praktischer: Kinder mit einer ADHS haben meist Geschwister und/oder Eltern, bei welchen ebenfalls eine ADHS vorliegt. Das familiär gehäufte Auftreten der ADHS ist hinlänglich bekannt. Dass die ADHS auch im Erwachsenenalter fortbestehen kann, war vor fünfzehn Jahren im deutschsprachigen Raum nur wenigen Fachpersonen bekannt. Es blieb mir damals nichts anderes übrig, als mich den ADHS-betroffenen Kindern, ihren Eltern und zum Teil auch Grosseltern, welche ein Leben lang an einer ADHS litten, anzunehmen. Im Kern ist die Symptomatik der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sehr, sehr ähnlich. Dasselbe gilt auch für die Basistherapie dieses Störungsbildes.

Heute bin ich sehr froh, immer schon Kinder und Erwachsene untersucht und behandelt zu haben. Wer erwachsene ADHS-Betroffene verstehen will, muss genau wissen, was es im Kindesalter

bedeutet, durch eine ADHS in seiner Entwicklung ausgebremst zu werden. Müsste ich heute ein Curriculum für einen Lehrgang „Diagnostik und Therapie der ADHS bei Erwachsenen“ schreiben, enthielte dieses auch ein mehrmonatiges Praktikum in einer ADHS-Ambulanz für Kinder. Man bedenke: Die Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter setzt eine ausführliche Erhebung der frühen Krankengeschichte voraus. Je besser verstanden wird, wie sich die ADHS bei Jungen und Mädchen manifestiert und wie verschieden und doch spezifisch die Krankheitsverläufe ausfallen können, umso leichter gelingt es, bei Erwachsenen mit Verdacht auf eine ADHS zu beurteilen, ob diese Störung schon in der Kindheit vorlag (eine ADHS beginnt zwingend in der Kindheit, sie kann im Erwachsenenalter fortbestehen).

Wer die folgenden Kapitel von A bis Z durchliest, wird der zahlreichen Wiederholungen wegen möglicherweise enttäuscht sein. Es bietet sich daher an, sich die Informationen über die ADHS ausgehend von einzelnen, subjektiv interessant erscheinenden Kapiteln zu erlesen. Dieser Hypertext-Modus entspricht übrigens dem Lesestil vieler ADHS-Betroffenen (sofern sie überhaupt lesen): Eine interessante Kapitelüberschrift, ein die Neugier weckendes Stichwort im Sachverzeichnis oder ein spontaner Einstieg mitten hinein stellen für viele eine dankbare Abkürzung dar, um möglich schnell und ohne Umwege zum Wesentlichen und Interessanten vorstossen zu können. Ein langsames und sich über viele Seiten hinweg hinziehendes Heranlesen an vielleicht einmal Interessantes ist ADHS-Betroffenen nicht möglich. Wenn es für sie nicht schnell sehr interessant wird, klappen Buch- oder Notebookdeckel kurzerhand zu …

Danken möchte ich Frau Christiane Grossmann für das Korrektorat und die zahlreichen Hinweise sowie meinem Kollegen Dr. med. Martin Winkler, mit welchem ich mich seit 14 Jahren auch zum Thema ADHS rege austauschen kann.

Piero Rossi

ADHS

ADHS – das Wichtigste auf einen Blick

Die Bezeichnung ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist die Abkürzung für eine psychiatrische Diagnose, welche im Kern durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist[1]:

- Unaufmerksamkeit, Zerstreutheit, Vergesslichkeit (obligatorisch für die Diagnose)
- Hyperaktivität und Impulsivität (fakultativ für die Diagnose)

Kernmerkmale der Unaufmerksamkeit

- Übersieht Details, macht viele Flüchtigkeitsfehler
- Grosse Probleme mit der Daueraufmerksamkeit
- Hört häufig nicht zu
- Bringt oft Sachen nicht zu Ende
- Häufige Probleme mit der Selbstorganisation
- Grosse Abneigung beziehungsweise Widerwillen, sich länger geistig anzustrengen
- Häufiges Verlieren und Verlegen von Gegenständen
- Ist oft leicht ablenkbar
- Übermässige Vergesslichkeit

Kernmerkmale Hyperaktivität und Impulsivität

- Ständige Unruhe, Zappeln mit Händen oder Füssen
- Häufiges Aufstehen; Unfähigkeit, sitzen zu bleiben
- Häufiges, unangepasstes Umhergehen
- Grosse Schwierigkeit, ruhig zu spielen
- Innerlich wie „von einem Motor angetrieben“

[1] Die folgenden diagnostischen Kriterien der ADHS beruhen auf der zur Zeit aktuellen vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) von 1994. Im Mai 2013 wird DSM-V erscheinen. Dies wird mit einer Anpassung der diagnostischen Kriterien für die ADHS einher gehen.

- Übermässiges Reden
- Antwortet oft, bevor die Frage vollständig gestellt wurde
- Kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- Häufiges Stören und Unterbrechen anderer

Die Merkmale der ADHS müssen beeinträchtigend stark ausgeprägt sein, das Kind in seiner Entwicklung massgeblich ausbremsen, über einen längeren Zeitraum anhalten, in verschiedenen Lebensbereichen auftreten und dürfen nicht eine Folge anderer Erkrankungen oder sonstiger Probleme darstellen.

ADHS ohne Hyperaktivität

Auch ohne Hyperaktivität kann eine ADHS vorliegen. Im Vordergrund stehen Konzentrationsschwächen, Ablenkbarkeit, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, Unordnung, Langsamkeit und ein schlechtes Zeitgefühl.

Häufigkeit

Fünf bis sechs Prozent aller Kinder und rund drei Prozent aller Erwachsenen sind von einer ADHS betroffen.

Verlauf

Oft schon im Kindergarten, meistens aber ab der ersten oder zweiten Klasse zeigen sich als Folge der ADHS-Kernsymptome zunehmende Probleme in der Entwicklung von zwischenmenschlichen und schulischen Kompetenzen. Bei einigen Mädchen sowie überdurchschnittlich intelligenten Kindern können sich ADHS-Symptome auch erst später manifestieren. Die Symptome der ADHS und ihre Auswirkungen sind sehr einschränkend. Sie behindern die persönliche Entwicklung des Kindes in allen Lebensbereichen nachhaltig. Für das betroffene Kind und dessen Familie geht eine ADHS mit Leidensdruck, Schuldgefühlen und Verzweiflung einher.

Etwa die Hälfte aller von einer ADHS betroffenen Kinder leiden auch als Erwachsene unter den Folgen dieser Störung. Die

hyperaktive Symptomatik – sofern vorhanden – verschwindet häufig, Aufmerksamkeitsprobleme (Zerstreutheit, Planungsprobleme, Ungeduld, schlechtes Zeitgefühl usw.), emotionale Störungen (Stimmungsschwankungen, innere Unruhe) und Impulsivität hingegen halten an.

Folgen der ADHS

Eine unbehandelte ADHS geht durch die Symptomatik selbst sowie deren Folgen (Selbstwertprobleme, Frustration, Aggressionen etc.) immer mit Problemverhalten in Schule, Familie und Freizeit einher. Die ADHS führt zu Lernstörungen, erwartungswidrigen schulischen Minderleistungen, Minderwertigkeitsgefühlen und mündet in einigen Fällen auch in delinquentes Verhalten. Später kann eine ADHS Suchterkrankungen, Depressionen, Angststörungen und andere Beziehungs- und Verhaltensstörungen hervorrufen.

ADHS – Modediagnose?

ADHS-Verhaltensweisen wurden bereits im vorletzten Jahrhundert vom Frankfurter Arzt Dr. H. Hofmann im berühmten „Struwwelpeter" dargestellt. Der englische Kinderarzt G. Still hat zu Beginn des letzten Jahrhunderts dieses Störungsbild erstmals wissenschaftlich beschrieben: Nicht eine schlechte Erziehung oder ungünstige Umweltbedingungen sind für diese Störung verantwortlich, sondern eine angeborene neurobiologische Konstitution, postulierte er. Bei der ADHS handelt es sich um ein seit Jahrzehnten weltweit und intensiv erforschtes Störungsbild. Sie gilt heute als häufigste Ursache von Verhaltensstörungen und schulischen Leistungsproblemen im Kindes- und Jugendalter.

Ursachen der ADHS

Als Ursache für die ADHS wird gegenwärtig eine genetisch bedingte neurobiologische Funktionsstörung angenommen (Wissensstand 12/2012). Betroffen sind diejenigen Hirnabschnitte, welche übergeordnete Steuerungs- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Das

Gehirn kann unwichtige innere und äussere Reize und Impulse schlecht ausfiltern beziehungsweise hemmen. Dies führt zu den bekannten Symptomen wie Ablenkbarkeit, Impulsivität und Zappeligkeit. Vor allem in monotonen und subjektiv langweiligen Situationen machen sich die Schwächen der Impulshemmung und der Reizfilterung bemerkbar. Bei subjektiv spannenden Tätigkeiten oder interessanten Themen in der Schule hingegen können sich betroffene Kinder oftmals erstaunlich gut konzentrieren.

Auch das Belohnungssystem ist bei ADHS-Betroffenen nicht altersentsprechend entwickelt. Kinder ohne ADHS können, wenn sie wollen, auch bei Unlust Hausaufgaben erledigen. Die Aussicht auf ein gutes Gefühl oder die Erleichterung nach dem Erledigen der Hausaufgaben setzt in ihnen genügend neuronale Energie frei, um auch ohne sofortige Belohnung und Bestätigung mehr oder weniger motiviert und konzentriert an den Aufgaben dran bleiben zu können. Ein unbehandeltes ADHS-Kind hingegen kann – selbst wenn es wirklich will – selbst mit kurzfristigen Bestätigungen und Belohnungen oder engmaschige Begleitung und Kontrolle nicht immer an den Hausaufgaben dran bleiben.

Familiär gehäuftes Auftreten

Überzufällig viele Geschwister, Väter oder Mütter von ADHS betroffenen Kindern leiden ebenfalls unter dieser Problematik. Dies bestätigt, dass es sich bei der ADHS im Kern um eine genetisch bedingte Störung handelt. Erziehungsfehler können ADHS-Probleme verstärken, aber niemals eine ADHS verursachen.

Diagnose

Die Diagnose wird durch die Erhebung der Problematik in allen Lebensbereichen sowie der persönlichen und familiären Lebensgeschichte vor allem klinisch gestellt. Einen „ADHS-Test“ gibt es nicht. Nicht nur die ADHS, sondern auch viele andere Entwicklungsstörungen, körperliche und psychische Erkrankungen sowie psychosoziale Belastungsfaktoren können mit Konzentrationsstörun-

gen, Hyperaktivität und Impulsivität einhergehen. Eine ärztliche Untersuchung muss das Vorliegen von anderen Erkrankungen, welche für das Störungsbild verantwortlich sein könnten, ausschliessen (zum Beispiel Mangelsyndrome, Funktionsstörungen der Schilddrüse). Zusätzlich ist eine neuropsychologische Untersuchung erforderlich, da Aufmerksamkeitsstörungen Anzeichen verschiedenster Hirnfunktionsstörungen sein können. Wenn nicht konsequent auf andere mögliche Ursachen von ADHS-typischen Beschwerden geachtet wird, besteht das Risiko, dass Patientinnen und Patienten fälschlicherweise eine ADHS-Diagnose erhalten. Oder es werden behandlungsbedürftige Begleitprobleme übersehen, unter welchen vier von fünf ADHS-Betroffenen zusätzlich leiden (zum Beispiel Angstprobleme, Minderwertigkeitsgefühle oder Teilleistungsstörungen wie etwa die Legasthenie).

Eine Abklärung bei Verdacht auf eine ADHS erfolgt durch spezialisierte klinische Psychologinnen und Psychologen, Kinderpsychiater/-innen oder erfahrene Pädiater/-innen.

Multimodale Therapie

Verständnis und Wohlwollen vonseiten der Eltern und der Lehrkräfte sind die wichtigsten Faktoren für einen Behandlungserfolg. Meistens ist eine Medikation mit Stimulanzien erforderlich, begleitet von einer Psychotherapie (bewährt hat sich vor allem die Verhaltenstherapie). Die medikamentöse Therapie kann im Kindes- und im Erwachsenenalter eingesetzt werden. Bei Kindern wird die Therapie zudem durch eine Beratung der Eltern ergänzt.

Die ADHS-Medikamente normalisieren die neuronale Aktivität in den betroffenen Hirnregionen und verbessern dadurch die Filter- und Hemmfunktionen des Gehirns. Die medikamentöse Behandlung ist bei Kindern in circa siebzig, bei Erwachsenen in rund fünfzig Prozent der Fälle erfolgreich. Sie verbessert die fokussierte Aufmerksamkeit, die Selbststeuerung und die Regulation der Emotionen). Die medikamentöse Behandlung der ADHS hat sehr individuell abgestimmt zu erfolgen, muss regelmässig auf ihre Wirksamkeit

überprüft und gegebenenfalls angepasst werden und kann sich über mehrere Jahre erstrecken.

Alternative Therapien

Bis heute existiert keine bewährte, alternative Basistherapie der ADHS, deren Wirksamkeit und Verträglichkeit in wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen werden konnte. Einige ADHS-Betroffene vom unaufmerksamen Typus profitieren von einer Therapie mit Neurofeedback. Neue Studien weisen zudem darauf hin, dass spezielle Diäten bei Kindern zu einer Reduktion der ADHS-Symptomatik führen können.

Schulische Fördermassnahmen

Die ADHS führt immer zu erwartungswidrigen schulischen Minderleistungen und ist häufig mit Teilleistungsstörungen verknüpft. Daher sind schulische und teilweise auch heilpädagogische Fördermassnahmen meist unerlässlich. Dies erfordert eine Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater und den Lehrkräften, den Eltern, den schulischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen und anderen involvierten Fachpersonen.

Eckpunkte, Chancen und Stolpersteine der ADHS-Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Piero Rossi (04/2011)

Was alles gehört zu einer erfolgreichen Behandlung einer ADHS? Welches sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen? Welches ist die richtige Therapie? Wie ist der Ablauf einer Behandlung? Im Folgenden werden Eckpunkte, Chancen und Stolpersteine einer ADHS-Therapie dargelegt.

Gesellschaft und Therapie

Wir müssen uns bewusst sein, dass sich Fragen und Stellungnahmen zur Therapie der ADHS nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stellen und beantworten lassen. Schauen wir den Tatsachen ins Auge: In unserer Konsum- und Nonstop-Gesellschaft dreht sich vieles immer schneller und schneller. Ein immer höheres Arbeitstempo, immer rasantere Konsolespiele, ein immer schnellerer Austausch von Arbeitsstellen, Beziehungen, Handys, Autos, Hobbys und persönlichen Vorlieben und der zunehmende Konsumrausch führen bei vielen zu einer fortschreitenden Entwertung vieler Lebensbereiche. Dies erzeugt oder verstärkt bei Kindern und Erwachsenen Rastlosigkeit, Überforderungsgefühle, innere Leere, Unzufriedenheit, Angst etwas zu verpassen und ein immer hektischeres Lebensgefühl. Für die meisten von uns wird Multitasking, also gleichzeitiges Beachten und Bearbeiten von Informationen, nicht nur in der Arbeit und der Freizeit, sondern zunehmend auch im Privat- und Innenleben zum vorherrschenden Modus.

Reizüberflutungen und hohes Tempo führen bei immer mehr Individuen zu einem Verlust der Fähigkeit, sich in Ruhe einer Sache hinzugeben, sich nur darauf zu konzentrieren, den Augenblick wahrzunehmen und zu geniessen. Geduld, sich selbst und anderen Zeit lassen, innezuhalten und zuzuwarten werden für zahlreiche Menschen zu immer abstrakteren Begriffen.

Evident ist auch, dass die Erwartungen der gesellschaftlichen Institutionen an die Kinder höher und höher werden. Das gilt vor allem für die Schule. Immer früher wird von den Kindern Selbstständigkeit erwartet. Immer grösser werden Druck und Unsicherheit bezüglich des richtigen Oberstufenübertrittes, unter welchen sich Eltern und Kinder manchmal schon in der dritten Klasse gesetzt fühlen. Kinder erhalten heute kaum mehr Zeit und Raum, sich individuell und ihren Stärken und Schwächen entsprechend entwickeln zu können.

Kranke Gesellschaft – kranke Kinder?

Diese und andere einschneidenden gesellschaftlichen Veränderungen bedeuten nun aber nicht, dass allein darin die Ursachen für eine ADHS zu suchen wären. Die schon seit Jahrzehnten und auf allen Kontinenten mehr oder weniger konstante Auftretenshäufigkeit der ADHS, die auffallend hohe familiäre Häufung und damit die genetische Bedingtheit dieses Syndroms belegen mit hoher Evidenz, dass gesellschaftliche Faktoren als Ursachen der ADHS eine sekundäre Bedeutung spielen. Nichtsdestotrotz kommen den gesellschaftliche Rahmenbedingungen bezüglich der Entwicklung unserer Kinder und der Entstehung von psychischen Störungen eine eminent wichtige Rolle zu. Dies gilt selbstredend auch hinsichtlich der ADHS-Therapie. Es stellen sich viele Fragen: Kann ein Kind in einer kranken Gesellschaft überhaupt gesund werden? Und: Was heisst überhaupt Gesundheit in einer Gesellschaft, welche ihre Kinder von klein auf medial überschwemmt und in erster Linie zu willigen Konsumentinnen und Konsumenten erzieht? Oder: Kann es überhaupt ein Ziel sein, Kinder mittels therapeutischer Interventionen dahin gehend zu beeinflussen, sich den gesellschaftlichen Anforderungen einfach nur anzupassen? Und: Verwechseln wir nicht Gesundheit mit gesellschaftlicher Anpassung? Schliesslich: Kann Gesundheit heissen, einfach nur zu funktionieren? Und überhaupt: Gäbe es mehr Hypersensible, mehr störrische Neinsager/-innen, mehr Nonkonformisten und

mehr Gerechtigkeitsfanatiker/-innen – sähe unsere Welt dann nicht viel positiver aus?

Machbarkeitswahn vs. Recht auf Krankheit und Behinderung

Berichte über ständige Fortschritte in der Medizin bestärken bei vielen Menschen die Erwartung, dass auch im Bereich der Psychologie und der Psychiatrie alle Probleme irgendwie lösbar sein müssen. Schliesslich gibt es heutzutage moderne Medikamente und wissenschaftlich überprüfte Behandlungen gegen beinahe alle Leiden. Dem ist aber nicht so. Im Gegenteil: Zahlreichen somatischen, aber auch seelischen und zwischenmenschlichen Problemen stehen auch Fachleute bis heute hilflos gegenüber. Nicht immer kann abschliessend geklärt werden, was in der Seele eines Menschen vor sich geht, welche Motive seinem Verhalten zugrunde liegen und wieso die Entwicklung eines Kindes ausgerechnet diesen oder jenen Verlauf genommen hat. Und nicht immer kann den psychischen Beschwerden eines Menschen eine Diagnose zugeordnet werden.

Es gehört wahrscheinlich zur menschlichen Natur schlechthin, dass nicht alles versteh- und von aussen veränderbar ist. Auch hinsichtlich der Behandlung einer ADHS gilt es zu akzeptieren, dass selbst der optimalste Einsatz therapeutischer Interventionen nicht immer dazu führt, dass ein von der ADHS betroffener Mensch Linderung seiner Beschwerden erfährt. Psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten behandeln Menschen, also unvollkommene und verletzliche Individuen und keine Symptome oder abstrakte Diagnosen.

So verständlich die hohen Erwartungen an einen Behandlungserfolg der ADHS sind, so bedeutsam sind Bescheidenheit und eine Akzeptanz der Tatsache, dass auch ein chronisch krankes oder behindertes Individuum mit all seinen Ecken und Macken eine Daseinsberechtigung hat. Das gilt auch für unscheinbarere Behinderungen wie eine ADHS oder beispielsweise eine Legasthenie. Viele Fachpersonen stehen in diesem Zusammenhang zunehmend vor der

Herausforderung, ein ADHS-Kind in seinem Anderssein gegenüber dem gesellschaftlichen Anpassungsdruck zu verteidigen.

Mein Plädoyer, ADHS-Betroffene als Individuen anzunehmen und sie in ihrer Andersartigkeit zu akzeptieren, richtet sich an Väter, Lehrkräfte und gesellschaftliche Institutionen, nicht aber an die Mütter dieser Kinder. Für diese ist es aus meiner Erfahrung selbstverständlich, ihr Kind trotz aller Probleme anzunehmen (womit ich natürlich nicht zum Ausdruck bringen will, dass Mütter die ADHS bedingten Verhaltensstörungen ihrer Kinder einfach nur schlucken müssen).

Zum Wohl des Kindes

Auch ich weiss für viele der oben aufgeworfenen Fragen keine befriedigenden Antworten. Wichtig erscheint es mir aber, dass Fachleute, Eltern (also Mütter und Väter) sowie auch erwachsene Betroffene sich mit diesen gesellschaftlichen Fragen aktiv auseinandersetzen und nicht müde werden, „Wieso?“ zu fragen. Relevant erscheint mir dies deshalb, weil bei der Therapieplanung sonst möglicherweise primär gesellschaftskonforme Therapieziele etabliert werden, welche dem Individuum und seinen grundlegenden Entwicklungsbedürfnissen entgegenlaufen, ja, ihnen zum Teil sogar widersprechen könnten. Bei der Erarbeitung von massgeschneiderten Therapiezielen ist daher immer besonders gut darauf zu achten, dass der Einzigartigkeit des Individuums, seiner Bedürfnisse und Entwicklungsmöglichkeiten Rechnung getragen wird.

Können störendes Verhalten und Konzentrationsschwächen während einer Behandlung reduziert werden, ist das sicher wünschenswert und auch erfreulich. Viel wichtiger aber ist es, dass ein Kind dank einer Therapie befähigt werden kann, sich seinen Möglichkeiten entsprechend zu entwickeln und so zu sein beziehungsweise so zu werden, wie es wirklich ist. Therapie kann nicht bedeuten, einfach nur störende Symptome zu eliminieren und ein Kind an die Umweltbedingungen anzupassen. So wird kein Kind gesund. In zahlreichen Fällen müssen sich zum Wohl eines Kindes Schule und

Eltern den speziellen Bedürfnissen des Kindes anpassen (und nicht immer nur umgekehrt). Das heisst auch, dass es nicht zwingend ist, es nur in Richtung gesellschaftskonformen Verhaltens zu therapieren. Zu einem Therapieplan eines ADHS-Kindes gehören also meistens auch Veränderungen seitens der Umwelt (Unterricht, Familienklima, Erziehungsstile usw.).

Bei den Stärken ansetzen

Ich habe in meiner Arbeit in den letzten 15 Jahren rund 1500 ADHS-Betroffene kennengelernt und dabei feststellen können, dass viele meiner Patientinnen und Patienten trotz ausgeprägter ADHS-Symptome und den damit verbundenen Entwicklungsbehinderungen so krank gar nicht waren: Täglich begegnen mir in meiner Arbeit Menschen mit einer ADHS, welche durch langjährige und vielfältige Scheiternserfahrungen gekränkt und teilweise seelisch erheblich verletzt, im Kern ihres Wesens aber trotzdem gesund geblieben sind. Immer wieder beeindruckt mich die Ehrlichkeit von ADHS-betroffenen Kindern und Erwachsenen: Da sie sich nicht zurückhalten können und meistens viel zu spontan handeln und verbal und nonverbal meistens ohne Umweg zum Ausdruck bringen, was sie gerade denken und fühlen, wirken diese Menschen sehr authentisch und präsent. Dies steht ganz im Gegensatz zu vielen zu gut sozialisierten Individuen, welche gelernt haben, Nein zu denken und Ja zu sagen und in einer ihnen von den Eltern und der Gesellschaft zugedachten und vielfach krankmachenden Rolle oft ein Leben lang gefangen bleiben.

Jede erfolgreiche ADHS-Therapie orientiert sich nicht nur an der Pathologie, sondern auch an den gesunden Anteilen eines von dieser Störung betroffenen Menschen. Dies erfordert in erster Linie eine tragende therapeutische Beziehung zwischen Therapeutinnen / Therapeuten mit den Patientinnen und Patienten sowie mit deren Eltern. Kinder, die von einer ADHS betroffen sind, spüren ihrer Reizoffenheit wegen sofort, ob das Gegenüber sie wahr- und ernst

nimmt, ob also der zuständige Arzt oder die behandelnde Psychotherapeutin sich in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung auch auf die Ressourcen dieser Kinder abstützt oder nicht. Konzentriert sich eine ADHS-Therapie nur auf die Eliminierung von Symptomen und nicht auf die Betroffenen als Ganzes, kommt kein tragendes therapeutisches Bündnis zustande. Die jungen Patientinnen und Patienten brechen die Therapie dann meistens schnell ab.

Anrecht auf eine optimale Therapie

Menschen mit Krankheiten oder Entwicklungsstörungen haben ein Anrecht auf eine optimale Therapie. Gemeint ist damit eine bei vielen Patientinnen und Patienten nachweislich wirksame Behandlung, welche die Betroffenen so wenig wie möglich belastet. Sogenannt evidenzbasierte, also unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten erarbeitete und kontinuierlich überprüfte Diagnose- und Behandlungsleitlinien, stecken dabei den Rahmen ab, innerhalb dessen eine fachgerechte und dem aktuellen Wissensstand entsprechende Untersuchung und Therapie zu erfolgen hat. Das gilt auch bei der ADHS.

Selbstverständlich spielen in der Diagnostik und der Behandlung der ADHS auch Berufserfahrungen und Intuition des Psychotherapeuten oder der behandelnden Psychiaterin eine wichtige Rolle. Dennoch: Heute ist es weder Ansichtssache noch eine Meinungsfrage, welche Therapien bei welchen Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen zur Anwendung kommen sollen. Der Stand der Wirksamkeitsforschung von Behandlungen ist auch bei der ADHS weit fortgeschritten, sodass die Resultate der Therapieforschung heute in der Planung jeder seriösen Behandlung zwingend berücksichtigt werden müssen. Fachpersonen, welche ihre therapeutischen Ratschläge oder Entscheidungen nicht mit wissenschaftlich begründeten Nachweisen, sondern primär mit Hinweisen wie: „Wir haben gute Erfahrungen gemacht mit …“ zu legitimieren versuchen, handeln nicht fachgerecht.

Beachte: Nachzufragen – und zwar vor Behandlungsbeginn – kann sich lohnen. Patientinnen und Patienten und ihre Eltern dürfen und sollen sich bei ihren Fachpersonen erkundigen, wie diese die Wahl der vorgeschlagenen Therapien begründen: warum diese und keine andere Therapie? Was weiss man über Behandlungserfolge und Risiken der Behandlung? Für Eltern von Kindern mit einer ADHS und den von diesem Syndrom betroffenen Erwachsenen ist es von grundlegender Bedeutung, dass nicht irgendeine wohlklingende und als nebenwirkungsfrei angepriesene, sondern die bewährtesten und sichersten Behandlungen zur Anwendung kommen. Weil es zur Behandlung einer ADHS meistens auch einer medikamentösen Behandlung bedarf, was vor allem im Kindesalter gut überlegt werden will, kann und soll im Zweifelsfall eine Zweitmeinung eingeholt werden.

Multimodale Therapie

Praxiserfahrungen und Studien zu Kurz- und Langzeiteffekten von ADHS-Therapien zeigen, dass es sich bei einer möglichst erfolgreichen Behandlung der ADHS nicht um eine Mono-, sondern um eine Kombinationsbehandlung handelt. Diese sogenannte multimodale Therapie ist erforderlich, weil die Therapieziele auf verschiedenen Ebenen liegen:

- Direkte Behandlung der ADHS-Symptome sowie von allfällig komorbid vorliegenden Störungen
- Verbesserung des sozialen Funktionierens in Familie, Beziehungen, Schule, Ausbildung und Beruf durch therapeutische Massnahmen im Umfeld
- Sicherstellung einer langfristigen Behandlung, da es sich bei ADHS um eine chronische Erkrankung handelt, welche nicht geheilt, sondern nur gelindert werden kann

Säulen der multimodalen Therapie

1. *Psychoedukation*: Ein grundlegendes Verständnis dafür, was die ADHS ist, welche Auswirkungen sie auf die Betroffenen hat und wie den durch sie hervorgerufenen Problemen begegnet werden kann, ist elementarer Bestandteil jeder ADHS-Therapie. Patientinnen und Patienten, Eltern, nahe Angehörige (und bei Kindern deren Lehrkräfte) werden eingehend über die ADHS informiert und aufgeklärt. Auch Kindern wird ihrem Entwicklungsalter entsprechend Basiswissen über die ADHS vermittelt. Dies ermöglicht es ihnen, ihre Probleme zu identifizieren, anstatt sich pauschal für dumm und unfähig zu halten. Trotz Vorliegen bewährter Konzepte für die Psychoedukation erweist sich dieser Grundpfeiler der multimodalen Therapie der ADHS in der Praxis als grosse Schwachstelle. Gründe sind unter anderem: ADHS-Fachpersonen stossen bereits mit der Versorgung von basalen therapeutischen Dienstleistungen an die Kapazitätsgrenze (lange Wartezeiten, Personalmangel in Praxen und öffentlichen Diensten). Vielen Fachpersonen fehlt schlicht die Zeit für ausführliche Gespräche mit Lehrkräften und anderen involvierten Bezugspersonen. Ein weiterer Grund liegt darin, dass die Krankenkassen nur für Heilbehandlungen aufkommen, nicht aber für die Psychoedukation von Bezugspersonen.

2. *Personenzentrierte Interventionen*: Bei der Behandlung der ADHS spielt die medikamentöse Behandlung die „erste Geige“. Dies wissen nicht nur Praktiker/-innen. Auch in Studien konnte das sehr gut belegt werden. Ergänzt wird diese Behandlung durch eine verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie. Diese umfasst unter anderem eine Selbstmanagement-Therapie (Ziele: verbesserte Affekt- und Verhaltenssteuerung, verbessertes Selbstbild) und bei Bedarf ein soziales Kompetenzenztraining. Ebenfalls zu den verhaltenstherapeutischen Interventionen zählt die Neurofeedback-Therapie, deren Wirksamkeit vor allem

beim unaufmerksamen Typus der ADHS als gut belegt gilt. Gestützt auf aktuelle Forschungsresultate scheinen ausgewählten Diät-Behandlungen bei ADHS wieder mehr Bedeutung zuzukommen (Eliminationsdiäten). Zahlreiche Kinder mit einer ADHS profitieren nachweislich auch von spezifischen neuropsychologischen Behandlungen, wie einem therapeutischen und meistens computergestützten Konzentrations- und Impulskontrolltraining.

Wie so oft schaut es in der Praxis anders aus als in der Theorie: Währenddem der medikamentöse Therapieansatz zwischenzeitlich gut etabliert ist, kommen erst wenige ADHS-Betroffene in den Genuss qualifizierter verhaltenstherapeutischer oder neuropsychologischer Behandlungen. Der Hauptgrund liegt darin, dass es viel zu wenig verhaltenstherapeutisch ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ADHS-erfahrene Neuropsychologinnen und Neuropsychologen gibt. Gleiches gilt für eine Neurofeedback-Therapie, welche nur von sehr wenigen Fachpersonen durchgeführt wird. Auch ohne wissenschaftlich begründeten Nachweis erweist sich bei Kindern mit einer ADHS die Ergotherapie in zahlreichen Fällen als wirksam. Der Grund liegt darin, dass in der Ergotherapie auch verhaltenstherapeutische und neuropsychologische Therapieansätze zur Anwendung kommen.

3. *Elternzentrierte Interventionen*

Weil in Familien mit ADHS-Betroffenen meistens negative Eltern-Kind-Interaktionen dominieren, welche die Beziehungen untereinander zusätzlich belasten, ist zur fachgerechten Behandlung in den meisten Fällen auch eine verhaltenstherapeutisch orientierte Erziehungsberatung erforderlich. Die Wirksamkeit dieser als Eltern-Training bezeichneten Therapien gilt in der Forschung und im klinischen Alltag als gut belegt. Leider werden auch diese elternzentrierten Behandlungen viel zu selten durchgeführt. Die Gründe liegen wiederum im Mangel

an qualifizierten Fachpersonen sowie in den Versicherungsbedingungen der Krankenkassen, welche keine Finanzierung eternzentrierter Therapien vorsehen.

Wie sicher ist die Therapie?

In der Behandlungskette der ADHS spielen Medikamente eine zentrale Rolle. Man könnte nun einwenden, dass eine alternative Behandlung – etwa mit Omega-3-Fettsäuren – für die Patientinnen und Patienten ein kleineres Risiko darstellt als eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien. Immerhin, so könnte man argumentieren, wird mit einer medikamentösen Therapie bei einem Kind, dessen Gehirn noch nicht ausgereift ist, direkt in den zerebralen Stoffwechsel eingegriffen. Kann das überhaupt gut gehen? Ist das nicht mit zu grossen Risiken behaftet? Man könnte zudem geltend machen, dass keine unabhängigen und zuverlässigen Langzeitstudien vorliegen, welche die komplette Unbedenklichkeit dieser chemischen Therapien belegen. Diese Einwände haben zweifellos ihre Berechtigung. Nur darf Folgendes nicht ausser Acht gelassen werden:

- Bis heute liegen keine ernst zu nehmenden Hinweise vor, dass die Behandlung von Kindern mit Stimulanzien zu ernsthaften Erkrankungen, Verhaltensstörungen oder Persönlichkeitsveränderungen führen kann. Wie bei allen wirksamen Medikamenten können auch bei der Therapie mit Stimulanzien unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten. Diesen kann in den meisten Fällen durch eine Dosisanpassung oder einen Wechsel des Präparates wirkungsvoll begegnet werden. In Ermangelung von methodisch zuverlässigen Langzeitstudien, welche einen mehrjährigen Zeitraum abdecken, kann – wie bei anderen Medikamenten auch – ein Restrisiko (zum Beispiel für neurologische Spätschäden) nicht zu 100% ausgeschlossen werden.
- Dass ADHS-Medikamente abhängig machen sollen, wird von Sekten und anderen fundamentalistischen Gruppierungen immer wieder einmal postuliert, entbehrt aber jeglicher empirischen

Grundlage. Rechtzeitig mit Stimulanzien behandelte Kinder mit einer ADHS haben gemäss aktuellen Wissenstand im Vergleich mit den Unbehandelten ein niedriges Risiko, später eine Sucht zu entwickeln. Selbst ein Absetzen der ADHS-Medikamente ist jederzeit möglich.

- Bei der unbehandelten ADHS handelt es sich nachweislich um eine für das betroffene Individuum mit grossen Risiken verbundene Störung. Beispiel: Bedingt durch ihre Zerstreutheit und ihr impulsives Dreinschiessen sind Kinder mit einer ADHS nachweislich viel häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt als gesunde Kinder.

Jeder Zeitverlust, der als Folge einer eventuell unwirksamen Therapie entstehen kann, stellt somit ein ernstes Risiko für das betroffene Kind dar. Gleiches gilt auch für die Schule: Ein halbes Jahr herumexperimentieren mit einer ungeprüften Therapieform kann mit unzähligen und möglicherweise vermeidbaren schulischen Misserfolgserlebnissen und Enttäuschungen einhergehen, welche dem betroffenen Kind weitere psychische Schäden zufügen können.

Psychologinnen und Psychologen, welche Erwachsene mit einer ADHS behandeln, wissen um die unendlich vielen seelischen Verletzungen, welche mit einer rechtzeitigen und fachgerechten Behandlung wahrscheinlich hätten vermieden oder reduziert werden können. Um mögliche Folgeschäden zu vermeiden, sollte eine ADHS daher möglichst frühzeitig behandelt werden. Darin sind sich ADHS-Fachpersonen weltweit einig.

Diagnostik als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung

Grundlegender Bestandteil jeder fachgerecht durchgeführten Therapie der ADHS ist eine sorgfältige Diagnostik. An diesem Punkt unterscheiden sich seriöse von unseriösen Behandlungsformen. Letztere verkaufen ihre Therapien ohne vorausgehende individuelle Abklärung, ohne Indikationsstellung und ohne Therapieplan.

Sorgfältige Indikationsstellung

Eine spezifische und gezielt auf die Behandlung einer ADHS und deren Begleitprobleme ausgerichtete Therapie ist nur dann gerechtfertigt, wenn sich die Beschwerden und Probleme eines Menschen nach Beurteilung durch eine Fachperson mit der Diagnose einer ADHS vereinbaren lassen. Entscheidend ist dabei nicht alleine das Vorhandensein der in den diagnostischen Klassifikationssystemen aufgezählten Symptome an sich, sondern vielmehr das Ausmass, in welchem diese Beschwerden die Entwicklung des Kindes behindern. Ich betone dies, da wir in der Praxis immer häufiger Patientinnen und Patienten mit Verhaltens- und psychischen Problemen sehen, welche medikamentös mit Stimulanzien behandelt werden, ohne dass jemals eine gründliche Abklärung erfolgte und ohne, dass eine Behandlung gerechtfertigt wäre.

Kein ADHS-Test

Bei der ADHS handelt es sich um eine klinisch zu stellende Diagnose. Relevant ist also, was ganz konkret die Patientinnen und Patienten im Familien- und Schulalltag an Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Bis heute existiert kein Test, mit welchem ausreichend sicher auf das Vorliegen oder nicht Vorliegen einer ADHS geschlossen werden kann. Diagnostisch entscheidend sind Art und Weise, wie die Betroffenen mit den Anforderungen, die sich ihnen in Schule, Familie und Beruf stellen, langfristig umzugehen vermögen. Bei ADHS-Betroffenen ziehen sich Konzentrationsschwächen, Zerstreutheit, Vergesslichkeit und Impulsivität wie ein roter Faden durch das ganze Leben. Sie verhindern es, dass diese Menschen eine ihrem Potenzial gegebene schulische und berufliche Entwicklung durchlaufen können und führen dazu, dass sie ständig hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben und immer mehr Selbstzweifel, Verunsicherungen über die eigene Identität und bisweilen auch Selbsthass entwickeln.

Die Abklärung ganz konkret

Bei Verdacht auf eine ADHS umfasst eine Untersuchung bei Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen eine mehrstündige Abklärung (vier bis acht Stunden). Diese Untersuchung wird von Fachpsychologinnen, Kinderpsychiatern und spezialisierten Kinderärztinnen durchgeführt. Ergänzend zu den Untersuchungsgesprächen mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörige (Eltern, Partner/-in) kommen auch standardisierte Checklisten und Fragebögen zur Anwendung. Diese haben den Zweck, möglichst viele Facetten einer eventuell von der ADHS betroffene Personen zu erfassen, um diese dann einer eingehenden Untersuchung zuzuführen. Diese Screening-Tests sind allerdings nicht geeignet, um eine ADHS-Symptomatik zuverlässig von den Folgen anderer Störungsbilder, die ebenfalls mit Konzentrationsproblemen und Impulsivität einhergehen können, abzugrenzen. Eine Diagnose darf sich also nicht alleine auf die Resultate dieser Screening-Checklisten abstützen. Zu viele bekämen sonst fälschlicherweise eine ADHS-Diagnose und eine Fehlbehandlung.

Bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS werden nicht nur die Patientinnen und Patienten selbst untersucht. Auch das Umfeld wird mit einbezogen. Bei Kindern werden neben den Eltern auch die Lehrkräfte zum Verhalten des Kindes befragt. Bei erwachsenen ADHS-Betroffenen werden bei Lebenspartnern/-innen detaillierte Informationen über die Charaktereigenschaften und das Verhalten des oder der Betroffenen eingeholt. Zudem werden bei Erwachsenen – wenn möglich – auch die Eltern zur Kindheit des oder der Betroffenen befragt.

Ergänzt wird die Diagnostik durch eine sorgfältige Familienanamnese. In den meisten Fällen erweist es sich nämlich, dass Geschwister, Vater, Mutter, Onkel, Tanten, Grosseltern oder Cousinen und Cousins ebenfalls von der ADHS betroffen sind. Zeigen sich bei Blutsverwandten keine ADHS oder ADHS-ähnliche psychische Probleme, so muss ganz besonders sorgsam geprüft werden, ob es sich tatsächlich um eine ADHS handelt oder ob nicht doch eine andere Kernproblematik vorliegt.

Elementarer Bestandteil jeder Diagnostik ist die sogenannte Differenzialdiagnostik. Darunter versteht man die Gesamtheit aller möglichen Diagnosen, welche alternativ als Erklärung für die Beschwerden eines Menschen infrage kommen könnten. Gerade bei einer Problematik wie der ADHS, deren Kernsymptome für sich gesehen auch bei sehr vielen weiteren psychiatrischen und neurologischen Störungen vorkommen können, kommt sorgfältigen differenzialdiagnostischen Überlegungen eine grosse Bedeutung zu.

Teilleistungsstörungen erfassen

Um kognitive Funktionsstörungen oder Teilleistungsschwächen auszuschliessen, welche zu einer der ADHS ähnlichen Symptomatik führen können, wird auch eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt. Diese erfüllt den Zweck, allfällige neuropsychologische Störungen, die zusätzlich zu einer ADHS vorliegen, zu erfassen (sogenannte Komorbiditäten, also eigenständige Störungsbilder, welche parallel zur ADHS vorliegen). Eine sorgfältige Untersuchung verfolgt also immer auch die Absicht, therapierelevante Begleitprobleme zu erfassen. Immerhin leiden rund drei Viertel aller ADHS-Betroffenen unter sogenannt komorbiden Störungen. Würde man nur die ADHS, nicht aber allfällig vorliegende Begleitprobleme behandeln, würden Therapieerfolge lange auf sich warten lassen. Eine ganzheitliche Therapie kann also nur dann erfolgen, wenn vorgängig eine ganzheitliche Abklärung durchgeführt wurde.

Therapie auch bei unklarer Diagnose

Selbstverständlich kann bei hohem Leidensdruck eine ADHS-spezifische Behandlung auch dann durchgeführt werden, wenn keine gesicherte ADHS vorliegt. Bei komplexen Störungsbildern kann es nämlich durchaus vorkommen, dass trotz sorgfältig durchgeführter Untersuchung nicht abschliessend geklärt werden kann, welche Diagnose therapeutisch Priorität hat. Das kommt so selten gar nicht vor. Gerade bei Erwachsenen mit gleichzeitig vorliegenden anderen psychischen Störungen, bei Mädchen und Frauen und/oder bei Vor-

liegen einer hohen Intelligenz ist es oftmals schwierig zu beurteilen, welche Ursachen der Impulsivität, der Zerstreutheit, der Vergesslichkeit und den Selbstmanagementproblemen tatsächlich zugrunde liegen. Bei ausgeprägten Beschwerden und unter der Voraussetzung, dass bereits in der Kindheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beeinträchtigende ADHS-Beschwerden vorlagen, ist ein kontrollierter medikamentöser Behandlungsversuch mit Stimulanzien selbst bei vager Verdachtsdiagnose und fehlenden Alternativdiagnosen durchaus in Erwägung zu ziehen.

Spricht eine Patientin oder ein Patient auf die Behandlung mit einem Stimulans an, so gilt die ADHS-Diagnose indirekt als bestätigt. Demgegenüber ist der Umkehrschluss, dass also ein Nichtansprechen auf Stimulanzien eine ADHS ausschliesst, nicht zulässig. Grund ist der Umstand, dass nicht alle ADHS-Patientinnen und -Patienten auf eine Behandlung mit Stimulanzien ansprechen.

ADHS-Therapie konkret

Der Therapieplan

Vor Einleitung therapeutischer Massnahmen wird die zuständige Fachperson mit den Patientinnen und Patienten und bei Kindern mit deren Eltern einen Gesamttherapieplan erstellen. Dieser definiert die Behandlungsziele und die notwendigen therapeutischen Interventionen, welche zur Erreichung der Therapieziele erforderlich sind. Dabei setzen sich die Patientinnen und Patienten (oder deren Eltern) mit der Frage auseinander, woran sie ganz konkret erkennen würden, dass die angezeigte Verhaltenstherapie oder eine Behandlung mit Stimulanzien eine positive Wirkung zeigen würden. Beispiel: „In welchen Situationen würde sich mein Kind wie verhalten, falls es auf das ADHS-Medikament richtig gut anspricht? Was würde konkret anders laufen?“ Bei der Zieldefinition geht es nicht um das Endziel als solches (zum Beispiel Schulnoten über 4), sondern um geeignete Verhaltensweisen, welche dazu führen können, die formulierten Ziele in absehbarer Zeit zu erreichen. Relevant ist es, dass diese Kinder

befähigt werden, sich beim Erledigen der Hausaufgaben mehr Zeit zu lassen, beim Thema zu bleiben, nachzudenken und bei Bedarf nachzufragen, wenn sie etwas trotz Überlegen nicht verstanden haben. Oder dass sie in die Lage versetzt werden, das Geschriebene in Ruhe noch einmal auf mögliche Fehler hin durchzusehen.

Die konkreten Antworten auf die Frage, woran ganz konkret man einen Therapieerfolg erkennen würde, werden schriftlich festgehalten. Dies dient der fortlaufenden Beurteilung des angestrebten Therapieerfolges. Den Therapiezielen kommen selbst eine gewisse therapeutische Wirkung zu: Die Patientinnen und Patienten und/oder deren Eltern konzentrieren sich auf die erwünschten, neuen und positiven Verhaltensweisen. Dies ermöglicht eine lösungsorientierte mentale Ausrichtung, verstärkt positives Verhalten und fördert eine positive Interaktion mit den betroffenen Kindern.

Medizinische Vorabklärungen

Einer Therapie mit Stimulanzien, welche bei Vorliegen einer ADHS in den meisten Fällen erforderlich ist, geht eine gründliche internistische Untersuchung bei einer Ärztin oder einem Arzt voraus. Dabei werden unter anderem Leber- und Nierenfunktionen und die Schilddrüsenparameter geprüft. Auch werden Mangelzustände ausgeschlossen (Eisen, Magnesium). Um allfällig vorliegende Herzerkrankungen erfassen zu können, wird meistens ein EKG (Elektrokardiogramm zur Aufzeichnung der Herzmuskelaktivitäten) durchgeführt. Ein EEG (Elektroenzephalografie, eine Methode zur Messung der summierten elektrischen Aktivität des Gehirns) ist dann erforderlich, wenn ein Verdacht auf eine Epilepsie oder eine andere akute zerebrale Pathologie vorliegt oder wenn bei nahen Verwandten neurologische Erkrankungen bestehen.

Medikamente: So wenig wie möglich – so viel wie nötig

Eine Behandlung mit Stimulanzien muss individuell abgestimmt erfolgen. Es existiert keine Standard-Dosierung. Die ärztliche Fach-

person wird mit einer sehr niedrigen Dosierung beginnen, da einige Patientinnen und Patienten bereits auf kleine Mengen dieser Substanzen ansprechen. Dies gilt insbesondere für Erwachsene. Grundsätzlich gilt wie bei allen Behandlungen auch bei der medikamentösen Therapie mit Stimulanzien das Motto: So wenig wie möglich, so viel wie nötig. Stimulanzien eignen sich nicht zur Selbstdispensation. Die Wahl des Medikamentes sowie die Festlegung von Dosierungshöhe und Einnahmezeiten obliegen der verantwortlichen ärztlichen Fachperson.

Einmal Psychopharmaka – immer Psychopharmaka?
Auch wenn es sich bei der Therapie mit Stimulanzien immer um eine mehrjährige Behandlung handelt, heisst das noch lange nicht, dass sie ein Leben lang andauern muss: Bei rund der Hälfte der Patientinnen und Patienten lassen die ADHS-Symptome nämlich gegen Ende der Pubertät nach, sodass eine Fortsetzung der Therapie nicht mehr erforderlich ist. Andere wiederum schliessen die Behandlung erst im frühen Erwachsenenalter oder noch später ab. Entscheidend ist, dass die Behandlung kontrolliert erfolgt, was unter anderem bedeutet, dass regelmässig geprüft wird, ob die medikamentöse Therapie noch erforderlich ist. Bewährt haben sich ärztlich verordnete und kontrollierte Auslassversuche, welche in der Regel einmal pro Jahr durchgeführt werden.

Medikamentöse Basistherapie
Stimulanzien bewirken während ihrer Wirkdauer eine Aktivierung und Normalisierung des Stoffwechsels derjenigen neuronalen Netzwerke des Gehirns, welche für die Reizselektion, die Reaktionsunterdrückung (Impulskontrolle), verschiedene Aufmerksamkeitsfunktionen sowie das Belohnungssystem (ermöglicht Handeln ohne sofortige Bestätigung) zuständig sind.

Bei der Einstellung der Stimulanzien und zur Klärung, ob die Patientinnen und Patienten überhaupt auf Stimulanzien ansprechen, kommen Standard-Präparate in vorerst niedriger Dosierung zur

Anwendung. Modernere Langzeitpräparate werden – sofern sie erforderlich sind – erst zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt. Die kurzzeitig wirkenden Stimulanzien haben eine Wirkdauer von drei bis dreieinhalb Stunden. Dies hat den Vorteil, dass recht einfach beurteilt werden kann, wie gut bei der jeweils aktuellen Dosis die Wirkung ausfällt. Wenn die Erhaltungsdosis ermittelt wurde (welche sehr niedrig oder auch sehr hoch ausfallen kann), wird ersichtlich, wie lange die Wirkung anhält. Leider ermöglicht es die Standard-Formulierung der Stimulanzien mit kurzer Wirkdauer meistens nicht, dass mit einer Einnahme des Stimulans nach dem Frühstück der ganze Vormittag abgedeckt ist. Deswegen muss bei Schülern/-innen meistens auf Langzeitpräparate umgestellt werden. Diese wirken in der Regel bis in den Nachmittag, teils auch in den frühen Abend hinein. In Ausnahmefällen wird die Ärztin oder der Arzt verordnen, dass das Langzeitpräparat morgens und mittags eingenommen werden muss. Nicht immer wirken diese Medikamente nämlich so lange, wie es der Beipackzettel verspricht. Häufiger ist es erforderlich, dass die Wirkung des Medikamentes am Nachmittag durch die Einnahme einer nicht-retardierten und damit kürzer wirkenden Form des Stimulans verlängert wird.

Therapeutische Wirkungen von Stimulanzien

Unter der Wirkung von Stimulanzien zeigen viele ADHS-Betroffene neben besserer Selbstbeherrschung und mehr Widerstandskraft gegen Ablenkungen auch ein kreativeres, spontaneres und flexibleres Problemlöseverhalten. Gemeint ist damit die Fähigkeit, bei offenen Problemstellungen möglichst viele verschiedene Lösungsansätze zur generieren (sogenanntes divergentes Denken). Als Beispiel dafür folgendes Problem:

> *Björn bleibt beim Lösen der Hausaufgaben stecken. Er sieht keinen Lösungsweg, reagiert frustriert, klappt genervt das Mathe-Buch zu und schnappt sich das Handy, um nach neuen Facebook-Einträgen zu sehen. Idealerweise würde Björn*

beim Steckenbleiben mehr oder weniger geduldig verschiedene Lösungsmöglichkeiten suchen, statt frustriert zum Handy zu greifen. Die Wahrscheinlichkeit, dass er eine seiner Intelligenz angemessene Lösung der Mathe-Aufgabe finden könnte, wäre eindeutig höher. Auch erschiene Björn Aussenstehenden viel geduldiger.

Ohne flüssiges, kreatives oder eben divergentes Denken hilft auch eine hohe Grundintelligenz wenig bei der Lösung komplexer Problemstellungen, wie sie sich einem Individuum im Alltag fortwährend stellen. Um kreativ und divergent denken zu können, muss die betreffende Person unter anderem über mehrheitlich intakte Arbeitsgedächtnisfunktionen verfügen. Diese ermöglichen es einem Menschen, verschiedene Informationen im Kurzzeitgedächtnis aktiv zu bearbeiten. Normal entwickelte Arbeitsgedächtnisfunktionen stellen auch einen funktionierenden Transfer in das Langzeitgedächtnis und einen Abgleich von Informationen mit diesem sicher. Dies, verbunden mit einer gesunden Portion an Impulskontrolle, stellt eine zentrale Voraussetzung dar, um im weitesten Sinne vernünftig denken und handeln zu können. ADHS-Betroffene vermögen also mit einer wirksamen medikamentösen Basistherapie im Denken und im Handeln besser bei der Sache zu bleiben.

Zu sich finden – bei sich bleiben

Den meisten ADHS-Patientinnen und -Patienten gelingt es unabhängig vom Alter erst unter der therapeutischen Wirkung von Stimulanzien, in Ruhe über sich selbst, ihre Gefühle und ihr Verhalten nachzudenken. Auch Selbstreflexion, eine für jede Psychotherapie basale Basiskompetenz, wird bei ADHS-Betroffenen in zahlreichen Fällen erst durch den Einsatz von Stimulanzien ermöglicht. Sie entsteht durch mehr Selbstaufmerksamkeit: Mit Stimulanzien behandelte Patientinnen und Patienten sind oft besser in der Lage, sich selbst wahrzunehmen und zu spüren, währenddem sie ohne Medikamente und teilweise trotz längerer Psychotherapie wenig Gefühl für und

wenig Sicht auf sich selbst haben. Medikamentös behandelte ADHS-Patientinnen und -Patienten spüren leichter, was sie wirklich wollen und was nicht. Sie handeln konsequenter und lassen sich durch schnelle, aber oftmals faule Kompromisse weniger rasch vom Kurs abbringen.

Ohne die unterstützende Wirkung der Stimulanzien, also ohne eine mehr oder weniger intakte Sortierstation Wichtig-Unwichtig, sind Menschen mit einer ADHS ihren Gefühlen, Fantasien, Erinnerungen, Gedanken und vor allem ihren Impulsen zu sehr ausgeliefert. Nicht nur das Lernen für die Schule, sondern auch geduldiges und differenziertes Nachdenken und Sprechen über sich selbst kostet sie unheimlich viel Energie. Auch sind ADHS-Betroffene ohne Medikamente vielfach zu unruhig, um sich selbst, einem Thema, einem Buch, einer Hausaufgabe oder einem Gegenüber aufmerksam und in Ruhe hingeben zu können.

Die Fähigkeit, sich auch etwas subjektiv nicht so Interessantem widmen zu können, ist eines der Hauptziele jeder ADHS-Therapie. Wenn ein Kind mit einer ADHS dies einigermassen gut beherrscht, kann es beispielsweise einer Lehrerin auch dann noch zuhören, wenn es weniger interessant klingt, kann an den Hausaufgaben auch dann dranbleiben, wenn das Kind im zu lernenden Stoff keinen Sinn erkennen mag und hört der Mutter auch dann einigermassen gut zu, wenn es sich um einen subjektiv unangenehmen Auftrag handelt wie zum Beispiel das Bündeln von Altpapier.

Therapieverlauf: Phase I

Man muss sich bewusst sein, dass eine sorgfältige Einstellung der Therapie mit Stimulanzien für den Erfolg einer Gesamtbehandlung einer ADHS von entscheidender Bedeutung ist. Das belegen jahrzehntelange Erfahrungen von psychologischen und ärztlichen Fachpersonen, welche jahrein, jahraus mit ADHS-Betroffenen arbeiten sowie die Resultate zahlreicher internationaler Untersuchungen zur Therapie der ADHS.

In der Regel werden für die Einstellphase (Therapiephase I) drei Monate vorgesehen. In der Anfangszeit stehen die Patientinnen und Patienten (und bei Kindern deren Eltern) täglich persönlich, telefonisch und/oder per Email in Kontakt mit der behandelnden ärztlichen Fachperson. Aufgrund der Rückmeldungen erhöht die Ärztin oder der Arzt alle zwei, drei Tage in kleinen Schritten die Dosierung bis zum Wirkungseintritt, bricht den Therapieversuch aber auch ab, wenn es sich abzeichnet, dass eine Wirkung ausbleibt. Patientinnen und Patienten, deren Eltern und die zuständigen Ärztinnen und Ärzte orientieren sich bei der Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie an den vor Behandlungsbeginn festgelegten konkreten Verhaltensänderungen. Um die anvisierten Behandlungserfolge evaluieren zu können, kontaktiert die Fachperson, also der verantwortliche Psychotherapeut oder die zuständige Ärztin beziehungsweise der zuständige Arzt, nach Absprache mit den Eltern vor und während der Behandlung von Kindern die Lehrkraft, um auch von ihr zu erfahren, ob sich bereits erste Verhaltensänderungen abzeichnen.

Ausserdem werden zur Beurteilung der Wirkung der Stimulanzien bei Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen auch neuropsychologische Tests eingesetzt. Durch die bei der Eingangsuntersuchung erfolgte neuropsychologische Abklärung liegt eine Baseline vor. Eine unter der Wirkung der Stimulanzien zu erfolgende kurze Nachtestung der relevanten Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen (Daueraufmerksamkeit, Widerstandskraft gegen Ablenkungen, Impulskontrolle/Reaktionsunterdrückung usw.) ergibt bei positivem Ansprechen auf die medikamentöse Therapie meistens markant bessere Testleistungen. Die Resultate bei Anforderungen an kognitive Basisfunktionen liegen im Gegensatz zur Eingangsuntersuchung, welche ohne Medikamente erfolgte, bei guter medikamentöser Einstellung üblicherweise im Norm- beziehungsweise Erwartungsbereich (sofern nicht komorbid vorliegende Teilleistungsstörungen die Testresultate beeinflussen).

Nach Ablauf der rund dreimonatigen Einstellphase erfolgt eine Bilanzsitzung. Auch wenn die in dieser Zeit erfolgten Konsulta-

tionen und Gespräche bereits eine unspezifische therapeutische Wirkung entfalteten, kann die Indikationsstellung für eine gezielte Psychotherapie oder eine andere therapeutische Massnahme erst im Anschluss an die Einstellphase erfolgen. Dann erst wird deutlich, wie gut eine ADHS-Patientin oder ein ADHS-Patient auf die medikamentöse Behandlung anspricht. Und dann erst wird ersichtlich, was an behandlungsbedürftigen Problemen übrig bleibt (zum Beispiel Lernstörungen, welche einer Lerntherapie bedürfen).

Spätestens im Verlauf der ersten Therapiephase von Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS zeigt es sich, ob und wenn ja welche weiteren Familienangehörigen von diesem Störungsbild betroffen sind. Betrifft dies Angehörige aus dem engeren Familienkreis (Eltern, Geschwister) erfolgt in der Regel eine Untersuchung und Therapieeinleitung auch dieser Personen. Das Erziehungsverhalten von Eltern mit einer unerkannten und unbehandelten ADHS kann eine erfolgreiche Therapie erschweren und in Einzelfällen sogar verhindern (impulsive, chaotische Erziehungsstile, ADHS bedingte Ehekonflikte usw.). Auch das Verhalten von Geschwistern mit einer unbehandelten ADHS kann den Therapieverlauf eines Kindes mit einer ADHS ausbremsen (etwa durch fortdauerndes Sticheln und Provozieren).

Therapieverlauf Phase II (Kinder/Jugendliche)

Bei Kindern aus sozial und familiär intakten und zwischenmenschlich wohlwollenden Verhältnissen kommt es gelegentlich vor, dass eine gut eingestellte und engmaschig überprüfte medikamentöse Behandlung ausreicht, so dass beim betroffenen Kind keine weiteren therapeutischen Massnahmen angezeigt sind. Meistens aber sind eine Reihe verhaltenstherapeutisch orientierter Therapiesitzungen erforderlich. Was in dieser Altersgruppe regelmässig vorkommt, ist die Notwendigkeit, allfällig vorliegende komorbide Störungen einer Behandlung zuzuführen. Selbstverständlich heilt eine Therapie mit Stimulanzien weder eine Lese- und Rechtschreibstörung, eine nonver-

bale Lernstörung oder eine andere Teilleistungsstörung. Erforderlich sind dann Lern-, Ergo-, Legasthenie- oder Psychomotorik-Therapien.

Während sich die Behandlung bei Kindern mit einer ADHS primär auf die medikamentöse Therapie abstützt und ergänzt wird durch gezielte und verhaltenstherapeutische Interventionen beim Kind, ist es in den meisten Fällen unabdingbar, mit den Eltern intensiver therapeutisch zu arbeiten. Dabei geht es in erster Linie darum, dass Väter und Mütter von Kindern mit einer ADHS lernen, durch geschickte erzieherische Massnahmen beim betroffenen Kind die Auftretenswahrscheinlichkeit des erwünschten Verhaltens zu erhöhen. Dabei werden vor allem auch die Väter durch Beratungsgespräche ermutigt, mehr Verantwortung in der Kindererziehung zu übernehmen. Die therapeutische Begleitung der Eltern umfasst normalerweise zwischen sechs und acht Konsultationen, kann sich in Einzelfällen aber auch aufwendiger gestalten. Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen umfasst teils wenige, teils aber auch bis zu zwanzig und mehr Konsultationen und erstreckt sich über einen längeren Zeitraum.

Therapieverlauf Phase II (Erwachsene)

Bei Erwachsenen mit einer ADHS ist es – im Gegensatz zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen – unabdingbar, dass von Beginn der medikamentösen Therapie an eine psychotherapeutische Begleitung erfolgt. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Durch jahrelange Scheiternserfahrungen leiden die meisten erwachsenen ADHS-Betroffenen unter schweren Minderwertigkeitsgefühlen. Im Kern ihres Wesens fühlen sie sich dumm und unfähig, gleichzeitig auch unverstanden und – bedingt durch die Reaktionen anderer – oftmals seelisch zutiefst verletzt. Teilweise haben sich aus der ADHS-Kernproblematik depressive Erkrankungen, Suchtstörungen oder andere psychische Erkrankungen und/oder psychosoziale Belastungsfaktoren (zum Beispiel wiederkehrende Arbeitslosigkeit, Schulden) entwickelt. Diese Folgeprobleme einer ADHS, welche sich im Verlauf der Jahre oder Jahrzehnte summiert haben, lösen

sich selbst bei einem guten Ansprechen auf die Therapie mit Stimulanzien nicht einfach in Luft aus. Negative Grundannahmen über sich selbst und einseitige kognitive Bewertungsmuster können sehr hartnäckig sein. Auch für erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kann die Behandlung dieser festgefahrenen Grundannahmen eine grosse Herausforderung darstellen – und in Einzelfällen sogar bei Patientinnen und Patienten, welche auf die Behandlung mit Stimulanzien gut ansprechen. Die meisten Erwachsenen mit einer ADHS waren sich lange Zeit nicht bewusst, was mit ihnen wirklich los ist. Nachdem sie sich notgedrungen jahrelang an eine „Negativ-Identität" klammern mussten, stehen sie mit Beginn einer ADHS-Therapie vor der Herausforderung, ihre eigene Geschichte neu zu schreiben, um psychisch Halt in sich finden zu können. Dies erfordert in den meisten Fällen eine professionelle psychotherapeutische Begleitung.

Dank der durch die medikamentöse Behandlung verbesserten Selbstaufmerksamkeit und der Fähigkeit, länger und gradliniger über sich selbst nachzudenken, gelingt es vielen dieser Patientinnen und Patienten, sich auch vergangenen, vielfach belastenden und leidvollen Erlebnissen konzentriert zuzuwenden. Meistens erstmalig in ihrem Leben ermöglicht ihnen dies, belastende Erfahrungen gründlich zu verarbeiten. Dies ist umso eindrücklicher, da zahlreiche Erwachsene mit einer (unerkannten) ADHS bereits eine oder mehrere und teilweise langjährige Psychotherapien hinter sich haben. Erst die Fähigkeit, sich dank der verbesserten Selbstaufmerksamkeit der eigenen Geschichte hingeben zu können, setzt bei diesen Menschen heilsame Kräfte frei und macht sie zugänglich für das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Währenddem vor der Therapie mit Stimulanzien die Gedanken mehrheitlich hüpften und tausend andere Einfälle vom Kernthema wegführten, wird nun eine grundlegende Arbeit an sich möglich.

ADHS-Coaching?
In der ADHS-Literatur ist immer wieder davon zu lesen, dass erwachsene ADHS-Betroffene von der Begleitung eines ADHS-Coachs profitieren können. Da in Europa aber kaum qualifizierte ADHS-Coachs arbeiten und die Ausbildung zum ADHS-Coach bisher keine einheitlichen und anerkannten Richtlinien kennt, blieb dieser Ansatz bis heute weitgehend Theorie. Hinzu kommt, dass ein ADHS-Coaching nicht als Heilbehandlung gilt und die Kosten nicht von den Krankenkassen, sondern von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden müssten.

Therapieverlauf Phase III (alle Altersgruppen)
ADHS-Therapien stellen immer mehrjährige Behandlungen dar. Unverzichtbarer Aspekt jeder ADHS-Behandlung sind regelmässige Verlaufskontrollen. Auch bei gutem Behandlungsverlauf sollten pro Jahr zwei oder drei Konsultationen und einmal jährlich eine Standortbestimmung erfolgen. Diese wird in der Regel mit einem Medikamenten-Auslassversuch verknüpft. Dabei wird mittels Befragung der Patientinnen und Patienten, deren Eltern und Lehrkräften und bei Erwachsenen der Partner/-innen geklärt, wie der Entwicklungsstand ist, ob die medikamentöse Therapie und die anderen Behandlungen noch fortgesetzt werden müssen, ob die aktuelle Medikation noch angemessen ist oder gegebenenfalls angepasst werden müsste. Teilweise werden zur Verlaufskontrolle auch neuropsychologische Testverfahren eingesetzt.

Bei den Standortbestimmungen wird immer auch geprüft, ob der oder die ADHS-Betroffene ihre Ressourcen ausreichend gut auszuschöpfen vermag. Bei den Eingangsuntersuchungen werden auch die Potenziale der Betroffenen erfasst. Wie oben dargelegt, erfordert eine erfolgreiche Behandlung einer ADHS, dass nicht nur defizit-, sondern auch ressourcenorientiert vorgegangen wird. Konkret bedeutet dies, dass der Therapieplan auch Massnahmen umfasst, um gezielt die eigenen intellektuellen, kreativen und persönlichen Potenziale zu fördern. Gesundheit bedeutet mehr, als nur die Abwe-

senheit von Krankheitssymptomen. Für die therapeutisch bedeutsame Identitätsentwicklung von ADHS-Betroffenen reichen defizitorientierte Therapiemassnahmen allein also nicht aus.

Eigene und die Erfahrungen vieler Kolleginnen und Kollegen zeigten immer wieder, wie wichtig vor allem in der Behandlung von Kindern mit einer ADHS die Vernetzung der involvierten Bezugs- und Fachpersonen ist. Wenn immer möglich, sollten nicht nur zu Behandlungsbeginn, sondern auch während der Therapie wenigstens einmal pro Jahr gemeinsame Standortgespräche erfolgen können.

Grundsätzliches zu alternativen Behandlungsformen der ADHS

Selbst bei korrekter Durchführung einer bewährten Therapie sprechen nicht immer alle Menschen auf eine Behandlung an. In diesen Fällen kommt auch denjenigen Behandlungsansätzen Bedeutung zu, deren Wirksamkeitsnachweis nicht oder noch nicht erbracht werden konnte. Es empfiehlt sich, zuerst immer die bewährtesten und sichersten Behandlungen anzuwenden und erst bei Nichtansprechen oder bei unbefriedigender Wirkung auf alternative Therapien umzusteigen.

Schwachstelle: Versorgung

Die ADHS ist im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen eine relativ einfach zu behandelnde psychische Störung mit guter Prognose. Und dies, obwohl eine ursächliche Heilung nicht möglich ist. Das eigentlich Problem liegt in der bis heute mangelhaften Versorgung: Immer noch arbeiten in kinderpsychologischen und kinderpsychiatrischen Einrichtungen viel zu wenig Fachpersonen, welche sich eingehend mit der Diagnostik und Therapie der ADHS auseinandergesetzt haben.

Die optimale ADHS-Therapie

Eine perfekte Therapie der ADHS existiert nicht. Es gibt aber bewährte und in ihrer Wirksamkeit bestätigte Behandlungsansätze. Optimal ist eine ADHS-Therapie dann,

- wenn Menschen und nicht Symptome behandelt werden
- wenn sie im Rahmen einer tragenden, vertrauensvollen und längerfristigen Beziehung zur verantwortlichen Fachperson erfolgt
- wenn sie sich nicht nur auf die medikamentöse Therapie beschränkt
- wenn sie einfach und überschaubar bleibt
- wenn sie massgeschneidert ist und sich an den jeweils individuellen Ausgangsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten orientiert
- wenn sichergestellt ist, dass mit den therapeutischen Massnahmen keine vermeidbaren Risiken eingegangen werden
- wenn ihre Wirksamkeit regelmässig überprüft und bei Bedarf individuell angepasst wird
- wenn sie sich nicht nur auf das betroffene Kind allein konzentriert, sondern auch das Umfeld einbezieht
- wenn die Patientinnen und Patienten möglichst bald und nachhaltig Linderung ihrer Beschwerden erfahren, mehr Erfolge in Familie, Beziehung, Schule, Ausbildung und Beruf haben, zu mehr Selbstachtung und Wohlsein finden
- wenn schliesslich das Kind auch bei ausbleibenden Behandlungserfolgen von allen Involvierten (Eltern, Fachpersonen, Lehrkräfte) akzeptiert, getragen und gefördert wird

Mögen diese Ausführungen dazu beitragen, dass Menschen mit einer ADHS mehr Verständnis, mehr Entwicklungschancen und mehr Therapiemöglichkeiten entgegengebracht werden.

ADHS – Krankheit der negativen Gefühle?

Piero Rossi mit Susanne Bürgi. Erschienen in: ELPOST 40/2010.

Einleitung

Wer Kinder mit einer ADHS kennt, denkt spontan an ungenügende Schulleistungen, vergessene Schulunterlagen oder Tränen und Wut beim Hausaufgaben erledigen. Oder an Eifersuchtsszenen, Hyperempfindlichkeit, ein lautes „Nein!“ nach dem anderen, Dramen beim Zubettgehen, an schulische Versagensängste oder etwa an Streit beim gemeinsamen Essen. Wer an Jugendliche mit einer ADHS denkt, dem kommen Stimmungsschwankungen, Selbstzweifel, depressiv anmutende Gemütszustände oder aggressive Ausbrüche in den Sinn. Und wer schliesslich Erwachsene mit einer ADHS vor Augen hat, denkt vor allem an Menschen, die demoralisiert und gezeichnet sind von ständigen Misserfolgen und Minderwertigkeitsgefühlen: Menschen voller Schuldgefühle, weil sie ständig vieles versprechen, immer Neues anreissen und Syndrom bedingt nur weniges einzuhalten und durchzuziehen vermögen. Allen negativen Erfahrungen stehen aber auch positive Emotionen gegenüber. Dazu gehört unter anderem ein starkes Gerechtigkeitsempfinden – auch wenn dieses ob der so feinfühlig wahrgenommenen Ungerechtigkeiten meist allzu schnell wieder in Verbitterung umschlägt. Auch das Gefühl des Stolzes oder des Glücks, wenn einmal etwas gelingt, kann bei ADHS-Betroffenen überaus herzlich ausfallen.

Leben mit ADHS – eine Via dolorosa

ADHS-Betroffene werden seit Kindheit durch einen neurobiologisch bedingten chronischen Mangel an Selbstbeherrschung und Konzentrationsvermögen in ihrer Entwicklung und Lebensbewältigung beeinträchtigend stark ausgebremst. Infolge ihres Unvermögens, Impulse angemessen zu hemmen, reizarme Situationen auszuhalten und ihre Affekte angemessen zu regulieren, stehen sie – sofern die ADHS nicht behandelt wird – ein Leben lang im Dauerkonflikt mit

sich selbst, mit den Menschen um sie herum und nicht selten auch mit dem Gesetz. Hypersensibel und unfähig zur Entspannung entwickeln einige von ihnen psychosomatische Krankheiten oder Suchtprobleme. Chronischer Stimulationshunger und Überaktivität führen zu Erschöpfungsdepressionen und Burnout. Den meisten wegen ihrer Zerstreutheit sehr vergesslichen und lerngeschwächten ADHS-Patientinnen und -Patienten bleibt eine ihrem Potenzial entsprechende Schul- und Berufskarriere vorenthalten. Viele nagen in der Folge ein Leben lang an Selbstzweifeln, Ängsten, Unzufriedenheits- und Minderwertigkeitsgefühlen. Auch Scham- und Schuldgefühle sind häufige Begleiter von Betroffenen mit ihrem ewigen Ruf der Unzuverlässigkeit.

Negative Erfahrungen führen zu negativen Gefühlen

Ob ihrer vielfältigen Scheiternserfahrungen sind ADHS-Betroffene oftmals demoralisiert und haben mit grossen Identitätsproblemen zu kämpfen. Viele halten sich von klein auf und meist ein Leben lang für dumm und unfähig. Diese und andere negative Grundannahmen, ständig genährt durch alltägliche Auswirkungen ihrer Handicaps, fördern eine unheilvolle Misserfolgserwartung und führen damit in einen Teufelskreis, aus welchem die meisten ADHS-Betroffenen ohne psychotherapeutische Hilfe nicht mehr herausfinden. Tatsächlich erscheint die ADHS im Erleben der Betroffenen, aber auch aus der Perspektive der Eltern, Geschwister, Angehörigen oder Lehrer/-innen als die emotionale Störung schlechthin. Manchmal sind die emotionalen Auswirkungen der ADHS derart stark ausgeprägt, dass die zugrunde liegende neurologische Kernproblematik – also die ADHS – maskiert wird. Dies kann dazu führen, dass Psychiater/-innen und Psychologinnen und Psychologen die ADHS als eine emotionale Störung verkennen und wirkungslose Therapien durchführen.

Was sagt uns die Hirnforschung?

Trotz intensiver Forschungsbemühungen sind wir noch weit davon entfernt zu verstehen, was in unserem Gehirn wirklich vor sich geht.

Verbindliche Aussagen darüber, durch welche zerebralen Prozesse die ADHS mit Emotionen verbunden ist und was wirklich passiert, wenn ein betroffenes Kind weint oder wütend wird, sind bisher nicht möglich. Wir verfügen bestenfalls über Erklärungsmodelle. Eines hat sich aber in den vielen Jahren der Erforschung dieses Syndroms doch deutlich herauskristallisiert: Sehr viele für die Verarbeitung von Emotionen relevante neuroanatomische Strukturen sind auch bei der ADHS beteiligt – und umgekehrt.

Motivationsregulation

Wenn wir die Regulation der Emotionen bei ADHS-Betroffenen besser verstehen wollen, müssen wir uns in erster Linie den Gefühlen des Motiviert- und Nicht-Motiviertseins zuwenden. Wie bereits in den 70er-Jahren vom bekannten ADHS-Forscher Paul Wender postuliert, stellen heute für viele Wissenschaftler neben den klassischen Kernsymptomen Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung vor allem auch Störungen der Motivationsregulation einen zentralen Mechanismus der ADHS dar.

Schneller Lust- und Motivationsabfall – Kernproblem bei der ADHS

Wer ADHS-Betroffene kennt, weiss aus Erfahrung, dass ihnen im Normalfall die Geduld fehlt, lange genug an einer subjektiv uninteressanten Sache dranbleiben zu können. Die Motivationskraft bricht ein, sobald ihnen die aktuelle Tätigkeit nicht mehr passt oder keinen Spass mehr macht. Gemacht wird, was gerade interessant ist und nicht das, was angesagt ist. Eine altersentsprechende Belohnungsverzögerung liegt nicht drin. Professor Edmund Sonuga-Barke beschrieb diesen Motivationseinbruch bereits 1994 in seinem „Delay-Aversion-Modell“ (gemeint ist eine Abneigung gegenüber Zeitverzögerungen beziehungsweise Wartephasen). Nicht-ADHS-Betroffene können – wenn sie wollen – an einer Sache altersentsprechend lange dranbleiben. Dies auch dann, wenn sie keine Lust dazu haben. Die Aussicht auf ein gutes Gefühl nach dem Beendigen einer

Aufgabe lässt sie auch Unangenehmeres mehr oder weniger motiviert durchziehen (Beispiel Hausaufgaben: „Nachher bin ich endlich frei und kann spielen gehen“). Ganz anders bei ADHS-Betroffenen: Selbst wenn sie wollen können sie nicht am Ball bleiben. Sie werden unruhig, reagieren innerlich immer gereizter und brechen die Übung schliesslich ab. Die Geometrieaufgabe wird mit links zur Seite geschoben, während die andere Hand flink zum Handy greift, um schnell noch eine SMS zu verschicken.

Erstaunlich ist es nicht, dass Forscher in einem Experiment zeigen konnten, dass ADHS-Betroffene eine kleine, dafür schnell zu erreichende einer grösseren, später erst zu realisierenden Belohnung vorziehen. Auch ist es nicht verwunderlich, dass Professor Terje Sagvolden und sein Team 2005 in einer Untersuchung feststellten, dass bei ADHS-Betroffenen die Wirksamkeit einer Belohnung mit wachsender zeitlicher Distanz zwischen Verhalten und erfolgter Belohnung unverhältnismässig stark abnahm. Belohnungen für positives Verhalten müssen also schnell erfolgen, wenn sie wirken sollen.

Hilflosigkeit und Aggressionen

Wenn weder eine in Aussicht gestellte Bestrafung („Wenn du jetzt nicht fertig machst, darfst du heute nicht fernsehen!“), noch eine in Aussicht gestellte Belohnung („Wenn du das in einer Stunde schaffst, gehen wir zu McDonald's!“) auf das Verhalten von ADHS-Betroffenen einen steuernden Einfluss haben, erleben sich Eltern und Lehrkräfte oftmals hilflos: Ihre pädagogischen Bemühungen scheinen bei diesen Kindern wirkungslos abzuperlen. Leicht können dann aus Ohnmachtsgefühlen Aggressionen entstehen, sodass sich Erzieher/-innen und Kinder mit einer ADHS emotional gegenseitig aufschaukeln. Nicht selten endet das in Tränen, Verzweiflung und leider immer wieder auch in handfester Gewalt.

Schwachstelle Belohnungssystem

ADHS-Betroffene benötigen im Grunde genommen zuerst eine Belohnung, um das erwünschte Verhalten zu zeigen. Warum? Beloh-

nungen (zum Beispiel ein Kompliment) wirken als positive Verstärker: Sie steuern unser Verhalten – oft ohne dass wir uns dessen bewusst sind – und fördern durch selbst- oder fremd gesetzte Handlungsanreize unsere Motivation. Eine angemessene Reaktion auf lohnende Anreize ist eine wichtige Voraussetzung für Entscheidungen und zielgerichtetes und vernünftiges Verhalten (zum Beispiel Nein sagen können bei ablenkenden Reizen). Genau das aber scheint bei ADHS-Betroffenen nicht zu funktionieren: Die Selbststeuerung via Motivation klappt nur bei viel Spass und/oder in hochgradig interessanten Situationen. Grund dafür ist ein im Standby-Modus zu schwach stimuliertes Belohnungssystem, das ADHS-Betroffene mit einer Zuwendung auf subjektiv Interessantes, durch Stören, übermässigem Essen, einem Computergame oder mit Drogen zu kompensieren versuchen. Dies alles führt im Belohnungssystem zu einem kurzfristigen Anstieg der bei der ADHS zu niedrigen Dopamin-Konzentration und hilft den Betroffenen, eine Weile lang konzentriert bei der Sache zu bleiben (wenn auch leider oft bei der falschen).

Wirkung der Stimulanzien

An diesem Punkt entfalten Stimulanzien ihre Wirkung: Sie führen dazu, dass der zu niedrige Dopaminspiegel unter anderem auch in den Hirnregionen des Belohnungssystems auf ein ausreichendes Niveau steigt und der Transmitterstoffwechsel damit länger stabil gehalten werden kann. Spricht ein betroffenes Kind auf die Therapie an, hat es mehr Geduld, ist nicht mehr von jeder Fliege abgelenkt, kann am Wesentlichen besser dranbleiben und vermag auch Langweiligeres zu erledigen – und dies ohne eine Belohnung im Voraus zu erhalten.

Zuständig ist das Dopaminsystem

Die wichtigsten Hirnregionen, welche das Belohnungssystem steuern, sind das ventrale Striatum, der orbito-frontale Kortex sowie der Mandelkern (Amygdala). Für deren Zusammenspiel ist die chemi-

sche Signalübermittlung im Dopaminsystem verantwortlich. Eine zentrale Rolle kommt dabei dem Nucleus accumbens zu: Diese Hirnstruktur ist für alles Positive, das Neugier-, aber auch für das Suchtverhalten zuständig. Sobald etwas Spannendes oder Interessantes vorliegt, wird der Nucleus accumbens aktiviert. Dies kommt bei ADHS-Betroffenen im Schul- und Familienalltag indes nur selten vor. Umso aktiver scheint dafür der Mandelkern zu sein, welcher vor allem in die Verarbeitung negativer Gefühle eingebunden ist. Das im subjektiv langweiligen Alltag schnelle Absinken des Dopaminspiegels führt bisweilen zu regelrechten Entzugssymptomen wie Gereiztheit, Ärger und Wut. Verständlich also, dass ADHS-Betroffene mit Langeweile nicht umgehen können, von schlechten Gefühlen und Stimmungen schnell gefangen werden und auf frustrierende Ereignisse oft besonders massiv reagieren. Das Problem bei der ADHS liegt also in der Art der Reaktion auf Belohnungen und damit auf die Art, wie wir entscheiden, was wir tun.

Mehr „sozio“ und weniger „neuro“ bitte

Um zu erklären, wieso ADHS-Betroffene oft in emotional so instabiler Verfassung sind, wird in den letzten Jahren immer häufiger auf gestörte Hirnfunktionen und Ungleichgewichte in Neurotransmittersystemen verwiesen. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse sind für die Erforschung neuer Therapien zweifellos wichtig und interessant. Dennoch: Der in jüngster Zeit immer einseitigere Fokus auf die neurowissenschaftlichen Erklärungsansätze verdeckt den Blick auf das Naheliegende und Wesentliche immer mehr. Um zu verstehen, warum sich Kinder mit einer ADHS oft unverstanden, alleine und schuldig fühlen und um zu begreifen, wieso diese Kinder so empfindsam sind und so gereizt reagieren können, müssen wir nämlich weder neuronale Regelkreise noch frontostriatale Dysfunktionen bemühen. Zwei, drei Blicke in das konkrete Leben dieser Kinder und der von ADHS betroffenen Jugendlichen und Erwachsenen reichen aus, um ihre seelischen Nöte, ihre Sorgen, Ängste, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle zu verstehen. Es ist nicht der gestörte Do-

pamin-Stoffwechsel, welcher Schmerzen und Leid verursacht. Es sind vielmehr Reaktionen anderer Menschen, gesellschaftliche Normvorstellungen und institutionelle Rahmenbedingungen (besonders auch der Schule), welche zu den seelischen Verletzungen und deren emotionalen Auswirkungen führen.

Nicht die Konzentrationsprobleme schmerzen

Nie haben wir von einem langsamen und verträumten Mädchen gehört, dass ihm sein schwaches Aufmerksamkeitssystem weh macht. Es ist vielmehr das hämische Gelächter anderer, wenn es durch einen Aufruf des Lehrers aus seinen Träumereien herausgerissen wird, nicht weiss, was gerade besprochen wird und aus der Not heraus irgendetwas vor sich hin stottert. Und noch nie berichtete uns ein hyperaktiver Knabe, dass ihn seine Impulsivität schmerzt. Weil Hyperaktive ihre Kraft schlecht dosieren können und dreinschiessen, ecken sie an. Es ist das darauffolgende Gemiedenwerden, welches dem Kind wehtut. Auch ist es in all den Jahren, in denen wir mit ADHS-Betroffenen arbeiten, noch nie vorgekommen, dass uns ein Kind berichtete, es leide an seiner Vergesslichkeit. Es sind fast immer die Erwartungen und Reaktionen anderer, welche beim Kind Scham- und Schuldgefühle erzeugen: Dinge wie Vergessens-Striche im Elternheft oder Vorwürfe, man würde sich nicht genügend anstrengen oder es gar extra machen, sind es, welche die sensiblen Seelen der betroffenen Kinder verletzen und zu heftigen, nach innen oder aussen gerichteten emotionalen Reaktionen führen.

Nicht können oder nicht nicht wollen?

Was wohl in solchen Momenten in der Seele eines Kindes mit einer ADHS passiert? Wie zurückgesetzt muss sich ein Kind fühlen, welches nicht nicht will, sondern nicht kann, welches für das alles selbst keine Erklärung hat und sich dann vielleicht noch schuldig fühlt? Wie muss sich ein solches Kind fühlen, wenn ihm wiederholt vorgehalten oder mit Blicken und Gesten zu verstehen gegeben wird, dass es wieder einmal viel länger als andere hat, um den gleichen Stoff zu

lernen? Und dass es das Gelernte nicht wieder so schnell vergessen und deshalb heute wirklich einmal besser aufpassen soll? Was passiert in der Seele eines zappeligen, unruhigen und impulsiven Kindes, wenn ihm von den Eltern oder Grosseltern wiederholt mehr oder weniger direkt zu verstehen gegeben wird, man erwarte jetzt schon langsam, dass es lerne, sich wie andere zu beherrschen und zu benehmen? Und was geschieht mit einem Kind, wenn es die leise Enttäuschung der Eltern spürt, dass es in Mathematik das Sortenumwandeln immer noch nicht begriffen hat?

Traumatisierende Erfahrungen

Klinische Erfahrungen zeigen, dass ADHS-Betroffene, bedingt durch ihre Reizoffenheit, Abwertungen („Du Schnecke“), Vorwürfen („Du bist einfach nur faul!“) und anderen negativen Erlebnissen viel schutzloser ausgeliefert sind als andere. Erlebnisse dieser Art können die psychische Belastungsgrenze der Betroffenen übersteigen. Eine adäquate Verarbeitung des Erlebten bleibt oftmals aus. Folge ist, dass diese Erfahrungen traumatisierend wirken, was zu chronischem Stress, psychosomatischen Symptomen und anderen Belastungsreaktionen führen kann.

Verbitterung durch mangelndes Verständnis und fehlende Akzeptanz

Bis heute wird allzu häufig nicht akzeptiert, dass Kinder mit einer ADHS ganz andere Voraussetzungen mitbringen als nicht-betroffene Kinder.

Beispiel Schule

Wochenpläne, Prüfungen unter Zeitdruck, der Zwang zum Schönschreiben, still Sitzen und geduldig Zuhören sowie Strafen infolge Vergessens oder Verlierens von Schulmaterialien sind einige der unzähligen Hürden, an welchen die meisten ADHS-Betroffenen im Schulalltag scheitern. Wenn wir einen Lehrer bitten, einem Kind unter Berücksichtigung seiner Konzentrationsschwächen und seiner

graphomotorischen Probleme bei Prüfungen mehr Zeit einzuräumen und dieser Lehrer uns dann mitteilt, dies sei nicht möglich, schliesslich müsse er alle Kinder gleichbehandeln, stockt selbst uns manchmal der Atem. Als ob alle Kinder die gleichen Voraussetzungen hätten!

Beispiel Väter
Viele Väter verstehen nicht (oder wollen nicht verstehen), was es heisst, an einer ADHS zu leiden. Sie erwarten von ihren betroffenen Kindern vor allem in Sachen Schule dasselbe wie von deren gesunden Geschwistern. Und dies erst recht, wenn das Kinder Medikamente bekommt. Dann sollte es ja wieder normal funktionieren können. Sie belohnen ihre Kinder pro Prüfungsnote über einer 5 mit einem Geldbatzen, machen also ihre Anerkennung von einer für alle gleiche Note abhängig. Ungerecht und verletzend sind selbst gut gemeinte und tröstende Bemerkungen wie: „Schau dir Julia an, auch sie hatte früher schlechte Noten. Nun hat sie sich angestrengt und konsequent jeden Tag eine halbe Stunde gelernt. Das kannst du auch erreichen, wenn du nur willst. Wenn man wirklich will, schafft man alles."

Beispiel Gesellschaft
Auf eine Anerkennung, wie sie Hör-, Sprach- oder Körperbehinderte erfahren haben, warten ADHS-Betroffene und ihre Eltern noch immer. Die nicht gerechtfertigten Erwartungen an ein normales Funktionieren erzeugen bei Betroffenen und ihren Angehörigen Ohnmacht und Hilflosigkeit, aber auch Aggressionen. Wenn Eltern in Drogeriemagazinen und Familienzeitschriften schliesslich einmal mehr lesen, dass die ADHS in Wirklichkeit gar nicht existiert, sondern Ausdruck von Verwöhnung oder anderem erzieherischen Fehlverhalten ist, gesellen sich vor allem bei den Müttern zu der ganzen Verzweiflung noch Scham- und Schuldgefühle hinzu.

Konsequenzen für den Alltag

Wenn der Alltag von betroffenen Kindern trotz Therapien durch zu starke nach innen oder aussen gerichtete Emotionen geprägt ist, ist dies meistens ein Anzeichen dafür, dass die ADHS noch nicht befriedigend behandelt wird oder dass neben der ADHS andere, ebenfalls behandlungsbedürftige Teilleistungsstörungen, psychische oder psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen. Die für die Behandlung zuständige Fachperson kann die nötigen Abklärungen durchführen und die erforderlichen Korrekturen im Therapieplan einleiten. Auch kann ein Roundtable-Gespräch, an welchem auch die Lehrkraft des Kindes teilnehmen soll, einberufen werden. Entscheidend ist, dass etwas passiert. Und zwar nicht nur auf der therapeutischen, sondern auch auf der schulischen Ebene.

ADHS-Probleme lösen sich nicht von alleine. Es liegt an uns Erwachsenen, Verantwortung zu übernehmen, diese Kinder zu schützen und ihnen Entwicklungsbedingungen zu gewähren, welche es ihnen ermöglichen, trotz der ADHS ihr Potenzial umzusetzen, ein gesundes Selbstwertgefühl aufzubauen und ihren eigenen Weg zu gehen.

Dumm, faul, unfähig? ADHS bei Jugendlichen und Erwachsenen

Piero Rossi. Ergänztes Vortragsmanuskript (2002).

Zum Thema von heute: „Das ADHS-Kind wird erwachsen“. Je länger ich über diesen Titel nachgedacht habe, umso mehr fragte ich mich: Werden denn Kinder mit einer ADHS überhaupt jemals erwachsen? Klar, sie werden volljährig, bekommen einen Bart, versuchen, sich angemessen auszubilden, fahren Auto, bekommen Kinder, haben irgendwann graue Haare und werden vielleicht Grosseltern. Aber: Werden diese Kinder aber auch seelisch erwachsen? Werden sie wirklich beziehungsfähig? Können sie sich beruflich ihren Begabungen und Interessen entsprechend entwickeln? Können sich ihr Selbstbewusstsein, ihre Selbsteinschätzung, ihre Selbstbeherrschung und ihre Selbststeuerung tatsächlich zu einem persönlich befriedigenden Lebensvollzug und zu reifem Denken und Handeln entwickeln? Und vor allem: Wie kann man dazu beitragen, dass Kinder mit einer ADHS zu gesunden und glücklichen Erwachsenen heranwachsen? Je länger ich über diese Fragen nachdachte, umso unwohler wurde mir vor allem beim Gedanken, wie lange ich wohl diesmal an dem Vortragsmanuskript sitzen würde.

ADHS bei Männern

Zuerst zu den Männern: Um nicht missverstanden zu werden, will ich betonen, dass die folgenden Beispiele dem entsprechen, was ich persönlich in meiner Arbeit als Psychotherapeut erfahre. Es gibt immer mehr Männer, Väter und Ehepartner, welche gelernt haben, mit ihrer ADHS positiv umzugehen. Das gilt im Speziellen für diejenigen Knaben und jungen Männer, deren ADHS behandelt wurde oder wird. Trotzdem: Wenn ich höre, was mir Ehefrauen und Kinder mit einer ADHS in der Abklärung so alles über ihre ADHS-betroffenen Männer und Väter erzählen, aber auch, was diese selber mir während ihrer Untersuchung berichten, dann frage ich mich manchmal schon, wie es mit dem Erwachsenwerden der ADHS-Männer so steht.

Ich höre von diesen Männern,

- dass sie immer auf dem Sprung sind, ständig Neues anzetteln und am liebsten drei Mal im Jahr ein neues Auto oder eine neue Kamera kaufen würden, weil ihnen das Alte schnell langweilig wird und sie immer etwas Neues haben müssen
- dass sie generell an neuen Dingen wie Hobbys, Sport- oder Computerartikeln meist nur kurz Interesse haben, häufig Nachschub brauchen und sich fast süchtig immer wieder neuen Sachen zuwenden
- dass sie gleichzeitig mehr Projekte am Laufen haben, als sie vertragen können und vieles anfangen – und ebenso vieles nicht zu Ende bringen
- dass sie es im Beruf viel weiter bringen müssten, aber aus Langeweile, wegen Flüchtigkeitsfehlern oder aus Ärger mit dem Chef zu schnell und zu häufig die Stellen wechselten
- dass sie immer wieder daran erinnert werden müssen, dass die Wohnzimmerlampe endlich höher gehängt werden und das Rasenmähermesser endlich geschliffen werden muss
- dass das Finanzamt wegen der fehlenden Steuererklärung schon wieder nachfragte und die Männer diese und viele andere Aufgaben vor sich herschieben mit der Begründung, dass jetzt gerade Wichtigeres zu tun sei
- dass sie impulsiv sind und vor allem auch bei Kleinigkeiten schnell in Wut geraten
- dass sie dauernd mit den Fingern trommeln oder im Sitzen mit den Füssen wippen und eigentlich fast immer unruhig sind
- dass sie Fingernägel kauen und ständig an den Barthaaren zupfen
- einfach nicht wirklich geniessen können und Mühe haben, sich zu entspannen
- dass sie immer wieder Bussen wegen Geschwindigkeitsübertretungen einfahren oder einen Strafzettel heimbringen, weil sie

beim Parkplatzsuchen wie immer keine Geduld hatten und die nächstbeste Lücke besetzten

- dass sie es immer eilig haben und im Stress sind, häufig zu spät aus dem Haus gehen, zu spät ankommen und überhaupt ein sehr schlechtes Zeitgefühl haben
- dass sie gesellschaftlichen und familiären Anlässen wenn immer möglich ausweichen, weil sie das „Blabla“ und den Smalltalk hassen und weil sie anderen nur dann zuhören können, wenn es wirklich interessant ist
- oder sich in Gesellschaften gern produzieren, so dass es gar nicht mehr auffällt, dass sie anderen gar nicht in Ruhe zuhören können
- dass sie beim gemeinsamen Frühstücken mit der Partnerin gleichzeitig Zeitung lesen, Radio hören, dazwischen dauernd kurz aufstehen, durch den Vorhang sehen und kommentieren, dass der Nachbar jetzt heimkommt und trotzdem steif und fest behaupten, sie würden ihnen wirklich zuhören
- dass sie häufig auf Achse sind oder oftmals handeln, als wären sie wie getrieben
- dass sie gerne das Risiko suchen und am „Adrenalin-Junkie-Syndrom“ leiden
- dass sie häufig mit Antworten herausplatzen, bevor die Frage zu Ende gestellt ist oder in Gespräche anderer hineinplatzen oder andere häufig unterbrechen
- Und: Ich höre über Männer, dass sie wie Kinder nicht warten können

Sie merken es schon: Viele Männer mit einer ADHS zeigen in ihrem Verhalten erstaunlich viele Ähnlichkeiten mit hyperaktiven Kindern mit einer ADHS. Ob sie also wirklich erwachsen werden? Können auch Erwachsene an einer ADHS leiden?

In meinen ersten Ausführungen sprach ich mit so einer Selbstverständlichkeit von erwachsenen ADHS-Betroffenen, dass

Sie vielleicht erstaunt waren. Wenn Sie das stutzig machte, ist dies verständlich: Die Tatsache nämlich, dass sich die ADHS auch ins Erwachsenenalter fortsetzen kann, ist in Europa auch unter Fachpersonen noch nicht lange bekannt. So berichtete mir die Mutter nach der Abklärung ihrer 12-jährigen Tochter, sie sei schon vorher durch die Fragebögen und Bücher darauf gestossen, dass sie selbst vielleicht auch an einer ADHS leiden könnte. Zu viele dieser Symptome kenne sie nämlich auch selbst und dies seit ihrer Kindheit. Sie habe dann ihren Arzt, bei welchem sie wegen chronischen Depressionen in Behandlung ist, darauf angesprochen. Dieser habe ihr gesagt, sie könne sich beruhigen: „Ein POS (Psycho-organisches Syndrom / ADHS) wächst sich mit der Pubertät aus. Es kann nicht sein, dass Erwachsene POS haben." Ich höre das von meinen Patientinnen und Patienten immer wieder. Viele der Ratsuchenden, welche meine Praxis aufsuchen, haben eine Odyssee von Therapie und Therapie hinter sich, bis sie endlich an eine auch mit der ADHS vertraute Fachperson geraten und sich verstanden und ernst genommen fühlen.

Häufigkeit und Verlauf

Eine Vielzahl von internationalen wissenschaftlichen Studien, die sich mit dem Verlauf und der Verbreitung der ADHS befassen, zeigen, dass bei rund der Hälfte der Kinder mit einer ADHS auch im Erwachsenenalter behandlungsbedürftige psychische Probleme, welche durch die ADHS-Grundproblematik aufrechterhalten werden, fortbestehen. Rund 6 Prozent aller Kinder und ca. 3 Prozent aller Erwachsenen sollen die diagnostischen Kriterien für die ADHS erfüllen. Die ADHS gilt weltweit als die häufigste kinderpsychiatrische Erkrankung. Selbst wenn nicht bei der Hälfte, sondern nur bei einem Drittel dieser Kinder die Störung im Erwachsenenalter fortbestehen sollte, so ist es naheliegend, dass die ADHS auch bei Erwachsenen sehr verbreitet sein muss. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung geht man heute davon aus, dass Frauen und Männer von der ADHS gleichhäufig betroffen sein können.

Modediagnose?

Leider muss ich immer wieder hören, dass das Thema ADHS bei Erwachsenen zum Teil auch von Fachpersonen nicht ernst genommen wird und auch mal als Modediagnose bezeichnet wird. Das Wissen darum, wonach eine ADHS auch im Erwachsenenalter fortbestehen kann, ist nämlich alles andere als neu: Bereits 1962 beschrieben Forscher, dass viele ehemals Hyperaktive als Erwachsene emotional impulsiv bleiben, eine niedrige Frustrationstoleranz haben und dazu neigen, in Wutanfällen, Panikattacken oder Befürchtungen zu entgleisen. Anfang der 70er Jahre wandte sich Paul Wender, einer der bekanntesten ADHS-Forscher der USA, intensiv der Erforschung der ADHS bei Erwachsenen zu. Bereits Ende der 70er Jahre fanden bei Erwachsenen Therapieversuche mit Stimulanzien, den klassischen ADHS-Medikamenten, statt.

Sogar Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, wusste um diese Problematik. Er analysierte bei Erwachsenen das Phänomen der Unaufmerksamkeit und Ablenkbarkeit und schrieb 1901 in seiner Schrift „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“:

> *„Es gibt Menschen, die man als allgemein vergesslich bezeichnet und darum in ähnlicher Weise als entschuldigt gelten lässt wie etwa den Kurzsichtigen, wenn er auf der Strasse nicht grüsst. Diese Personen vergessen alle kleine Versprechungen, die sie gegeben, lassen alle Aufträge unausgeführt, die sie empfangen haben, erweisen sich also in kleinen Dingen als unverlässlich und erheben dabei die Forderung, dass man ihnen diese kleineren Verstösse nicht übel nehme, d. h. nicht durch ihren Charakter erklären, sondern auf organische Eigentümlichkeit zurückführen solle.“*

In einem anderen Aufsatz schrieb Sigmund Freud:

> *„Ein bekanntes Beispiel solcher Zerstreutheit ist der Professor der fliegenden Blätter, der seinen Schirm stehen lässt*

und seinen Hut verwechselt, weil er an die Probleme denkt, die er in seinem nächsten Buch behandeln wird.“

Es ist schon erstaunlich, wie Sigmund Freud vor über 100 Jahren in fast hellseherischer Manier moderne wissenschaftliche Erkenntnisse vorwegnahm und indem er schrieb, dass „*...Abänderungen der Blutversorgung im nervösen Zentralorgan...*“ eine der Ursachen von Aufmerksamkeitsstörungen sein könnte. Damit formulierte er vorausschauend die heutige, von den meisten Wissenschaftler/-innen anerkannte Erkenntnis, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine genetisch bedingte reduzierte neuronale Aktivität im Stirnhirnbereich – und eben nicht Charakter- oder Erziehungsprobleme – die primäre Ursache der ADHS darstellen.

Die mehreren Hundert englischsprachigen wissenschaftlichen Publikationen zur ADHS bei Jugendlichen und Erwachsenen, wahrscheinlich handelt es sich sogar um eine vierstellige Zahl, hat man in Europa lange nicht zur Kenntnis genommen. 1998 erschien erstmalig in deutscher Sprache eine Übersetzung des Buches „Zwanghaft zerstreut“ von Edward Hallowell. Und im gleichen Jahr erschienen in deutschsprachigen Fachzeitschriften die ersten Fachartikel zur ADHS bei Erwachsenen.

Der unaufmerksame Typus der ADHS

In Europa hat man aber lange nicht nur verkannt, dass ADHS auch bei Erwachsenen vorkommen kann. Man hat auch nahezu komplett ignoriert, dass es neben dem hyperaktiven Typus auch einen stillen, verträumten und unaufmerksamen Typus der ADHS gibt. Also die ADHS ohne „H“. Wir alle kennen den Störenfried und den Zappelphilipp – eben das sogenannt typische ADHS-Kind mit hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten. Der „Hans-Guck-in-die-Luft“, wie ihn der Arzt Philipp Hofmann in seinem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ bereits 1845 beschrieb, also das verträumte, zerstreute, unaufmerksame, vergessliche und langsame Kind, fand in Europa bisher kaum Beachtung.

Verhängnisvoll ist dieses Ausklammern des unaufmerksamen Typus der ADHS auch deswegen, weil unter den Betroffenen viele Mädchen sind. Mädchen und Frauen werden nicht nur im Bildungs- und Erwerbsleben benachteiligt, sondern auch in der Forschung: Viele der Studien über die ADHS wurden und werden ausschliesslich mit Knaben, Jungs oder Männer durchgeführt. Man hat Mädchen, Frauen und den unaufmerksamen Typus der ADHS lange vernachlässigt. Eine Studie der Universität Zürich über die Tauglichkeit eines computergestützten Aufmerksamkeits-Tests bei Kindern mit einer ADHS, welche Ende 2000 veröffentlicht worden ist, wurde ausschliesslich mit Knaben durchgeführt. Mich persönlich wundert es angesichts dieser Selektionskriterien nicht, wenn auch heute noch hartnäckig daran festgehalten wird, dass die ADHS bei Knaben sehr viel häufiger vorkomme, als bei Mädchen.

Feldforschungen führten dazu, dass die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft (APA) 1980 in der dritten Version der DSM (Diagnostisches Manual und Klassifikationssystem psychischer Störungen) die Bezeichnung „Hyperkinetische Störung“ durch „ADD“ (Attention Deficit Disorder) ersetzte. Damit trugen sie den Forschungsresultaten Rechnung und setzten Probleme mit der Konzentration und Aufmerksamkeit in den Mittelpunkt dieses Störungsbildes. Ab 1980 war es also offiziell möglich, eine ADHS ohne Zeichen der Hyperaktivität oder Impulsivität zu diagnostizieren und zu behandeln. Da Mädchen beziehungsweise Frauen häufiger an der stillen Form der ADHS leiden, fielen sie lange aus dem Diagnose- und Begriffsraster.

Die heute noch gültige Version der DSM-IV von 1994 erlaubt die Diagnose von drei Typen der ADHS: Nämlich den vorwiegend unaufmerksamen Typus, den vorwiegend hyperaktiven Typus und den Mischtypus. Epidemiologische Studien, welche in den USA zwischen 1995 und 1997 durchgeführt wurden, zeigten, dass die ADHS ohne Hyperaktivität kein Phantom ist, sondern quasi doppelt so häufig vorkommt, wie der meistens alleine anerkannte hyperaktive und primär männliche Typus der ADHS. Die Auftretenshäufigkeit

des unaufmerksamen Typus der ADHS beträgt zwischen 4.5 und 9 Prozent. Der kombinierte Typus hingegen liess sich bei 1.9 bis 4.8 Prozent der Bevölkerung feststellen und der hyperaktive Typus bei 1.7 bis 3.9 Prozent.

Bevor ich mit weiteren Beispielen aus meiner Praxis und Informationen zur ADHS bei Jugendlichen und im Erwachsenenalter fortfahre, will ich jetzt einen kurzen Kameraschwenk vornehmen zu den Ursachen der ADHS.

ADHS als Schwäche der Hemmfunktionen

Aus der Vielfalt von alltäglichen Verhaltensweisen oder Erleben eines Menschen mit einer ADHS sieht man ja nicht das ADHS selbst, sondern die für einen selbst oder für andere oft schmerzhaften Folgen und Auswirkungen dieses Syndroms: Eine ADHS kann tausend Gesichter haben. Um diese unendlich vielen ADHS-typischen Verhaltensweisen oder Empfindungen wirklich verstehen und diagnostisch korrekt einordnen zu können, braucht es ein Grundwissen über das Wesen der ADHS.

Gemäss dem aktuellen Stand der Erforschung dieses Syndroms besteht das Kernmerkmal der ADHS in einer neurochemisch bedingten Schwäche relevanter Hirnfunktionen. Folgen sind Zerstreutheit, Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit und bei einigen Betroffenen auch Impulsivität und hyperaktives Verhalten. Man weiss heute, dass bei der ADHS bestimmte Nervenzellen untereinander nicht genügend aktiv kommunizieren, und zwar in genau denjenigen Hirnregionen, welche im Normalfall sehr flexibel die von aussen auf uns eintreffenden Reize filtern, dann sortieren und schliesslich für eine angemessene Verarbeitung und Reaktion auf diese Reize sorgen.

Gleichzeitig können bei einer ADHS innere Impulse nicht genügend reguliert, abgefedert und abgebremst werden. Es kann sich um Verhaltensimpulse handeln, denen man nicht widerstehen kann oder die sich einfach automatisch ereignen. Beispiele dafür sind Bewegungsimpulse, Sprechimpulse oder ein Kaufimpuls. Eine reduzierte Impulskontrolle kann zudem leicht zu Unfällen oder zu Ärger

mit Arbeitskolleginnen und -Kollegen führen. Nicht genügend gefiltert und abgebremst werden aber auch impulsive Gedanken, innere oder äussere Stimmungen, Gefühle, Geräusche, Gerüche oder auch alles zusammen.

Es ist die fehlende Steuerung beziehungsweise die mangelhaft funktionierende Kontrolle über die Reaktionen auf die hereinbrechenden Stimuli, welche zu den ADHS-typischen und zentralen Kernproblemen mit der Selbstbeherrschung führt – mit all ihren bekannten und meist leidvollen Folgen in der Familie, in der Schule, in Beziehungen und am Arbeitsplatz. Bei der ADHS sind also die Hirnregionen, welche die innere Bremse und den Reizfilterschutz regulieren, zu wenig aktiv. Sie sind damit also nicht etwa defekt: Wer an einer ADHS leidet, hat keinen „Hirnschaden“, denn sonst könnte man sich auch bei spannenden oder interessanten Tätigkeiten nicht konzentrieren.

Um von einer ADHS zu reden, muss die innere Bremse seit Kindheit so störend unregelmässig funktionieren, dass die Betroffenen dadurch massgeblich behindert werden, ihre Persönlichkeit, ihr Potenzial und ihre Begabungen zu entwickeln und in der Folge darunter auch leiden.

Das Brems- und Filtersystem im Gehirn von ADHS-Betroffenen funktioniert leider nur dann gut, wenn diese Hirnregionen zusätzlich von aussen oder von innen angeregt und stimuliert werden: Dann erst normalisiert sich der Hirnstoffwechsel und dann erst vermag man sich gut zu konzentrieren, ist nicht von jeder Fliege abgelenkt und kann eine Sache durchziehen.

Menschen mit ADHS brauchen sehr viel Stimulation, um normal zu funktionieren. Sobald es monoton, reizarm, langweilig und uninteressant wird, versagen das Reizfiltersystem und die innere Bremse: Man wird gereizt, kann sich nicht mehr konzentrieren, Impulse brechen durch, man handelt, ohne zu denken, oder wird depressiv, oder träumt vor sich hin, oder sieht zum Fenster hinaus oder versucht, sich durch stimulierende innere Bilder, Fantasien oder Selbstgespräche Anregung zu verschaffen.

Die Schwäche der Reizverarbeitung und der Impulskontrolle erklären auch, warum viele Kinder mit einer ADHS liebend gerne Musik hören zum Aufgabenmachen oder zum Einschlafen. Geräusche aktivieren, stimulieren und normalisieren ihren Reizfilter und die innere Bremse: Die betroffenen Kinder werden ruhiger, selbstbeherrschter und konzentrierter. Meistens ernten diese Kinder aber nur Unverständnis, wenn sie darauf bestehen, dass sie sich mit Musik besser konzentrieren oder im Bett besser abschalten können und – meistens zusätzlich noch mit etwas Licht – sich auf den Schlaf konzentrieren können.

Die Reizoffenheit und die mangelnde Impulskontrolle erklären auch, warum zum Beispiel im Alltag schon kleinste Geräusche eine Orientierungsreaktion auslösen können und – um ein Beispiel zu nennen – die Aufmerksamkeit reflexartig von der Lehrerin auf einen herabfallenden Kugelschreiber umgelenkt wird. Die Reizoffenheit erklärt auch, wieso ADHS-Betroffene manchmal so ausgeprägt sensibel sind, dass sie zum Selbstschutz psychisch „dicht“ machen müssen, um nicht unterzugehen. Und sie erklärt, wieso sie durch Aussenstimmungen so leicht negativ, aber auch positiv, beeinflussbar sind. ADHS-Betroffene regen sich auf und lassen sich irritieren und werden in Gedanken gefangen genommen von Kleinigkeiten oder Details, welche von anderen kaum wahrgenommen werden.

Wenn in der Alltagsroutine der innere Filter und die innere Bremse nicht richtig funktionieren und man viel leichter als andere Menschen schutzlos inneren und äusseren Reizen ausgeliefert ist und seine Reaktionen nicht genügend kontrollieren kann (und das ist der Kern der ADHS-Problematik), hat das Folgen für die ganze Entwicklung und den Lebensvollzug eines Menschen. Der Grund ist, dass die bei der ADHS angeborene Schwäche dieser Basisfunktionen auch die Entwicklung von anderen geistigen Funktionen in Mitleidenschaft ziehen kann.

Störungen des Arbeitsgedächtnisses

Der Arzt Russel Barkley, einer der führenden ADHS-Forscher in den USA, beschreibt eine ganze Reihe von kognitiven Grundfunktionen, welche sich bei Vorliegen einer ADHS nicht altersentsprechend entwickeln können: Dazu gehört vor allem das Arbeitsgedächtnis. Vereinfachend formuliert, funktioniert das Arbeitsgedächtnis wie eine Sortierstation. Dort werden in einem aktiven Prozess die eintreffenden Informationen entweder kurz zwischengelagert, bearbeitet oder im Langzeitgedächtnis abgelegt. Das Arbeitsgedächtnis von ADHS-Betroffenen hat im Alltag und in Routinesituationen Kapazitätsprobleme. Die Sortierstation kann dann nicht so viel wie eigentlich erforderlich verarbeiten. Menschen mit einer ADHS geraten leicht in Stress, wenn zu viel auf sie einströmt oder wenn sie schnell Informationen aus dem Langzeitgedächtnis abrufen müssen. Sie müssen sich viel mehr anstrengen beim Lernen oder können nicht gleichzeitig dem Lehrer zuhören und sich les- und brauchbare Notizen machen. Ihre selektive Aufmerksamkeit leidet massgeblich. Das Arbeitsgedächtnis funktioniert erst dann normal, wenn man sich in einer interessanten oder stimulierenden Situation befindet. Dies erklärt, wieso die Leistungen von ADHS-Betroffenen in der Schule, aber oft auch im Berufsleben, so sehr schwanken.

Warum das so ist, darüber gibt es mehrere Theorien. Wahrscheinlich strömen infolge der problematischen Filterung und der reduzierten Hemmung von Reizen zu viele unwichtige Informationen ins Arbeitsgedächtnis. Störungen in der Entwicklung des nonverbalen Arbeitsgedächtnisses haben zur Konsequenz, dass man unter anderem ein vermindertes Zeitgefühl hat. Die Fähigkeit, Ereignisse im Gedächtnis zu behalten und Entscheidungen und Handlungen in der Gegenwart durch zeitliche Rückschau und Voraussicht – also überlegt und bedacht – zu vollziehen, an dieser Fähigkeit fehlt es vielen ADHS-Betroffenen: Sie handeln unüberlegt, kommen zu spät, trödeln oder hetzen und stressen andere, weil sie so im Moment leben und immer sehr auf den Augenblick fixiert sind und Sachen so-

fort haben und Dinge direkt sagen müssen (sie vergessen sie sonst). Russel Barkley sagt, Menschen mit ADHS sind zeitblind.

Russel Barkley sagt weiter, dass sich bei der ADHS auch das verbale Arbeitsgedächtnis nicht recht entwickelt. Folgen sind, dass sich ADHS-Menschen viel schlechter als andere via Selbstgespräche zu steuern vermögen. Gemeint ist damit eine Störung in der Entwicklung der Internalisierung von an sich selbst gerichteter Rede. Beispiel: Jemand sagt zu sich: „Stopp, das reicht!“ oder „Warte noch etwas zu!“). Konsequenzen dieser Schwäche, das eigene Verhalten sprachlich zu regulieren, sind eine geringe Selbststeuerung und eine reduzierte Selbstkontrolle. Aber auch die Fähigkeit zur Selbstbefragung – und damit des sich Hinterfragens – entwickelt sich nicht richtig. Entweder man wird egozentrisch (und wirkt auf andere bisweilen narzisstisch) oder es entwickelt sich das Gegenteil: Man wird übermässig selbsthinterfragend und selbstkritisch.

Als weitere wichtige Grundfunktion, die sich bei der ADHS nicht altersgerecht entwickelt, nennt Russel Barkley die mangelnde affektive Impulskontrolle: ADHS-Betroffene bleiben oft lebenslang emotional abhängig von und beeinflussbar durch äussere Stimmungen. Sie fühlen sich emotional, oft aber auch in ihrem ganzen Lebensvollzug wie fremdbestimmt.

ADHS bei Frauen

Damit haben wir genügend theoretische Bausteine, um uns wieder den Alltagserfahrung von erwachsenen ADHS-Betroffenen zuzuwenden, diesmal den Frauen: In meiner täglichen Arbeit höre ich von jungen und reiferen Frauen mit einer ADHS,

- dass sie sich häufig selbst nicht im Griff haben (zum Beispiel beim Reden, beim Essen, beim Geld ausgeben, beim Nägelkauen, beim Nachdenken oder einer anderen Tätigkeit)
- dass sie beim Lesen oft neu anfangen, da sie mit offenen Augen träumen, viel zu leicht den Faden verlieren oder einfach abdriften

- dass sie auffallend häufig beim „Halbzuhören“ – also quasi nebenbei – besser aufnahmefähig sind und mehr mitbekommen, als wenn sie sich einer Sache direkt zuwenden
- dass sie zu häufig unpassende Sachen gerade heraus sagen, obwohl sie nicht passen, es selbst aber erst nachher merken und sich dann schämen oder ärgern, weil sie einmal mehr ihrer Voreiligkeit wegen etwas vermasselt haben (zum Beispiel aus der Wut heraus und unüberlegt den Job hinschmeissen)
- dass sie sich nur dann wirklich entspannen können, wenn sie sich auf etwas konzentrieren können
- dass sich ihr Leben innerlich oder äusserlich in Extremen abspielt, was sich bei einigen auch in grossen Gewichtsschwankungen niederschlägt
- dass es ihnen schwer fällt, sich auf den Schlaf zu konzentrieren und dass sie speziell starke Schlaftabletten benötigen, da sie mit normalen Schlafmitteln noch unruhiger werden
- dass sie chronisch mit einem inneren Chaos kämpfen und dauernd das Gefühl in sich tragen, nichts so richtig auf die Reihe zu kriegen
- dass sie sich von eigentlich machbaren Dingen chronisch und übermässig schnell überfordert und gestresst fühlen
- dass sie in der Hausarbeit dazu neigen, schnell den Überblick zu verlieren, sich verzetteln und dadurch in Druck und Stress geraten
- dass sie immer grosse Unordnung haben, sich schämen, andere einzuladen und darunter leiden
- dass sie zusätzlich zu einer Putzfrau eine Aufräumfrau bräuchten, weil sie ver-räumen statt aufzuräumen und Ordnung halten ihr wirkliches Problem ist
- dass sie sogar ausserstande sind, selbst aufgestellte Regeln einzuhalten, und sich somit auch in der Erziehung der Kinder viel zu inkonsequent verhalten

- dass sie übersensibel sind bei Berührungen, Geräuschen, Gerüchen, Licht oder bei Stoffen und Kleideretiketten
- dass sie es beim Kochen nur mit grosser Mühe schaffen, dass alles gleichzeitig gar und bereit ist (oder deswegen gar nicht mehr kochen)
- dass sie Mühe haben mit dem Einmaleins, sich deswegen dumm vorkommen, bei komplizierten Dingen aber sehr logisch denken können
- dass sie jahrelang an ausgeprägten und unerklärlichen Stimmungsschwankungen leiden und die Gefühle wie in einem Lift hoch und runter gehen
- dass sie sich entweder gar nicht entscheiden können oder dann zu Spontan- oder Blitzentscheidungen neigen
- dass sie sich alles aufschreiben müssen, eine ewige Zettelwirtschaft haben und teilweise auch die eigenen Notizzettel nicht mehr finden
- dass sie schon am Morgen trotz ausreichend Schlaf einfach nicht recht wach werden und lange haben, bis sie in Fahrt kommen
- dass sie so zerstreut sind, dass sie in Geldautomaten schon mehrfach die Bank- oder Kreditkarte haben stecken lassen und mit Sorgen daran dachten, es könnte sich um Anzeichen der Alzheimer-Krankheit handeln
- dass sie genau wissen, was sie vor oder zu tun haben, aber irgendwie den Startknopf nicht finden.
- dass sie Depressionen haben oder an Ängsten leiden, welche trotz Psychotherapie und Antidepressiva nicht wirklich besser werden
- dass sie vor oder während der Periode oder zu Beginn der Abänderung an starken Beschwerden leiden

Bei den einleitenden Beispielen von hyperaktiven ADHS-Männern sagte ich, dass ich gelegentlich zweifle, ob sie wirklich erwachsen werden. Bei Frauen mit ADHS kenne ich diesen Zweifel nicht: Ich

bin immer wieder tief bewegt, wenn ich in der Sprechstunde und in persönlichen, schriftlichen Lebensberichten vernehme, was erwachsene ADHS-Frauen alles erleben und durchmachen mussten – und dann feststelle, wie gesund sie trotzdem noch sind.

Frauen mit einer ADHS sind meines Erachtens echte „Stehauffrauchen“ und ich staune immer wieder, wie gut und schnell sie sich immer wieder raufrappeln können, wie geschickt und originell sie in verzwicktesten Lebenslagen improvisieren können, wie schnell sie sich und anderen verzeihen können und wie dankbar, eifrig und konsequent sie in ihrer Emanzipation und Persönlichkeitsentwicklung sein können, wenn ihnen angemessene Hilfe zuteil kommt.

Vor allem was ADHS-betroffene Mütter zu leisten und zu ertragen vermögen, zeugt unmissverständlich davon, dass sich ADHS plus Verantwortung plus Einsatz plus Kraft nicht ausschliessen müssen: Meistens kämpfen diese Familienfrauen erstens mit den Folgen der eigenen ADHS und zweitens meist mutterseelenallein – weil der Vater keine Zeit hat – für ihre schwierigen Kinder mit einer ADHS: Sie müssen bei der Lehrerin, dem Lehrer oder den Behörden um Verständnis ringen, dass ihr Kind bei Prüfungen halt mehr Zeit als andere benötigt und sich dann, die Zähne zusammenbeissend, anhören, dass man in der Schule schliesslich alle Kinder gleich behandeln müsse und man daher keine Sonderzüge fahren könne.

Gestern erzählte mir eine selbst von ADHS betroffene Mutter, der Schulpsychologe habe sie kürzlich gefragt, ob es denn nicht reiche, dass sie Symptombekämpfung betreibe und das Kind mit Medikamenten ruhigstelle? Vom gleichen Psychologen hörte sie zwei Wochen vorher, ihr Kind habe Verhaltens- oder Lernprobleme, weil sie selbst zu wenig konsequent in der Erziehung sei und weil sie die Eheprobleme nicht anpacke. Chancenlos habe sie versucht, dem Schulpsychologen zu erklären, dass die Legasthenie-Therapie auch nach anderthalb Jahren noch nichts nütze.

Viele dieser ADHS-Familienfrauen kämpfen nicht nur mit ihrer chronischen Neigung, sich in der Haushaltsführung zu verzetteln, mit ihrer ständigen Müdigkeit, der Vergesslichkeit, oft starken

Menstruationsbeschwerden, den Schuldgefühlen, weil die Kinder bei anderen ständig Probleme machen oder weil sie selbst gelegentlich aus lauter Überforderung und Verzweiflung die eigenen Kinder schütteln und schlagen.

Da warten neben einem Wäscheberg ein voller Staubsaugersack, leere Flaschen, zu schnürendes Altpapier, ein ungemisteter Meerschweinchenstall, ungemähter Rasen, unerledigte Post, ein immer noch anstehendes Entschuldigungs-Telefonat mit Frau B., weil der Sohn wieder dies oder jenes anstellte, ein neuer Termin mit dem Schulpsychologen und schliesslich ein immer wieder hinausgeschobener Besuch bei der Dentalhygienikerin.

Bevor wir zu den Jugendlichen kommen, will ich Ihre Aufmerksamkeit noch kurz auf eine Zusammenstellung von Paul Wender, einem sehr bekannten und inzwischen betagten amerikanischen ADHS-Forscher lenken. Er hat in den Siebziger Jahren die sogenannten UTAH-Kriterien der ADHS erarbeitet. Diese beschreiben typische ADHS-Symptome bei Erwachsenen. Wie Sie sehen werden, unterscheiden sich diese gar nicht so sehr von den Auffälligkeiten bei Kindern:

Aufmerksamkeitsstörungen

Paul Wender zählt auf: Unvermögen uninteressanten Gesprächen zu folgen; erhöhte Ablenkbarkeit; andere Reize können schlecht herausgefiltert werden; Vergesslichkeit; häufiges Verlieren von Gegenständen; Schwierigkeiten sich auf schriftliche Dinge zu konzentrieren usw. Der derzeit verwendete Begriff „Aufmerksamkeits-Defizit“ ist eigentlich eine unzutreffende, zumindest jedoch missverständliche Bezeichnung. Vielmehr sind die Betroffenen zumeist nicht unaufmerksam, sondern folgen vielmehr unfreiwillig mehreren (inneren oder äusseren) Wahrnehmungen und Gedanken gleichzeitig. Ausser bei spannenden, interessanten und somit stimulierenden Tätigkeiten haben ADHS-Betroffene Probleme beim Fokussieren (also beim zielgerichteten Lenken der Aufmerksamkeit), beim Selektieren

(also beim Filtern von irrelevanten Reizen) und beim Aufrechterhalten von Ausdauer.

Motorische Hyperaktivität

Paul Wender zählt dazu: innere Unruhe; Nervosität; Unfähigkeit sich zu entspannen; Unfähigkeit, lange sitzende Tätigkeit durchzuhalten; stets auf dem Sprung sein; Stimmungsabfall bei Inaktivität.

Affektlabilität

Gemeint ist eine instabile und unsichere Stimmung. Es besteht ein Wechsel zwischen normaler, leicht gedämpfter und leicht erregter Stimmung. Die niedergeschlagene Stimmung wird häufig als Langeweile oder Unzufriedenheit beschrieben. Die Stimmungswechsel dauern nur Stunden und selten mehr als ein, zwei Tage an. Gute Erlebnisse führen schnell zur Normalisierung der Stimmung, die Schwankungen sind also reaktiver Art.

Desorganisiertes Verhalten

Aktivitäten werden nicht angemessen geplant und organisiert. Aufgaben werden nicht zu Ende gebracht, die Patienten wechseln sprunghaft von einer Aufgabe zur Nächsten oder sie bleiben an einer Detailaufgabe kleben. Sie haben Mühe, Probleme systematisch anzugehen und sind oft unfähig, Zeitpläne und Termine einzuhalten. Vieles läuft entweder nicht oder nur hektisch ab sowie auf den letzten Drücker. ADHS-Betroffene leben nur im Hier und Jetzt. Für sie heisst später meist nie. Sie sind Spezialisten im Auf-die-lange-Bank-schieben.

Affektkontrolle

Patientinnen und Patienten sowie ihre Partner/-innen berichten von anhaltender Reizbarkeit und Wutausbrüchen, die aber nur von kurzer Dauer sind. Typisch ist eine erhöhte Reizbarkeit im Strassenverkehr. Das schlechte Funktionieren der inneren Gefühlsbremse wirkt sich nachteilig in zwischenmenschlichen Kontakten aus. Menschen mit

ADHS sind grundsätzlich sehr viel emotionaler als andere Menschen, empfinden Gefühle ungebremster und sind empfindlicher für Veränderungen.

Impulsivität

Einfache Formen sind das dauernde Dazwischenreden oder Sprechdurchfall, Ungeduld, impulsive Einkäufe, spontane und unreflektierte Entschlüsse, Handeln und erst dann Denken. Auch verbale Entgleisungen, zynische Bemerkungen und Provokationen können dazugehören. Impulse können nicht unterdrückt werden. Oft schämen sich die Betroffenen, dass sie ins Fettnäpfchen treten.

Emotionale Reizbarkeit

ADHS-Betroffene können nicht angemessen mit alltäglichen Stressoren umgehen. Sie reagieren überschiessend und sind dann unangemessen niedergeschlagen, verunsichert, ängstlich oder ärgerlich. Sie beschrieben sich selbst als leicht und häufig gestresst. Sie sind auch empfindlicher für Veränderungen, etwa bei Verlust einer Bezugsperson, eines geliebten Tieres oder bei Wohnortswechsel. Ihre Reizoffenheit macht sie verletzbar.

ADHS bei Jugendlichen

Nun zu den Jugendlichen: Wenn bei ihnen die ADHS nicht erkannt, gar nicht oder nicht richtig behandelt wird, stehen sie in der Pubertät vor sehr kritischen Hürden: Auf der einen Seite haben diese Jugendlichen Mühe, sich selbst zu organisieren, sie können sich nicht an Vorsätze halten, können Lernvorhaben nicht umsetzen, sind chaotisch mit den Schulsachen und leben und lernen viel, viel ausgeprägter als andere Kindern nach dem Lustprinzip. Auf der anderen Seite suchen sie die Freiheit, sich selbst und ihre Grenzen. Zwischen der Tatsache, dass ADHS-Jugendliche Struktur und Regeln brauchen, um nicht aus dem Ruder zu laufen, und ihrem legitimen Bedürfnis nach Autonomie entsteht ein echter Konflikt.

Bedingt durch ihre ADHS-Symptome haben alle un- oder falsch behandelten Kinder mit einer ADHS auch Probleme mit dem Lernen. Sie haben keine Geduld, können sich beim Lernen nicht lange hinsetzen, vermögen – wenn es für sie monoton wird – nicht lange zuzuhören, sind Minimalisten und in Sachen Schule immer mehr entmutigt. Un- oder falsch behandelte Kinder mit einer ADHS und Jugendliche können also ihr geistiges Potenzial und ihre Begabungen nicht entfalten oder ausleben und haben nie den schulischen und später beruflichen Erfolg, der ihnen eigentlich zustehen würde. Schulischer Erfolg ist die wichtigste Quelle für die Seelennahrung eines Jugendlichen. Diese stimulierende Quelle können unbehandelte Kinder mit einer ADHS nicht anzapfen. Statt eine Lehre zu machen, absolvieren sie eine Anlehre, statt ins Gymnasium zu gehen, absolvieren sie eine Lehre. Sie schaffen und lernen quasi immer unter ihrem Potenzial. Folge ist, dass sie nicht ausgelastet und unzufrieden sind oder dass es ihnen langweilig wird. ADHS-Jugendlichen ist definitiv nicht damit geholfen, wenn man sie unter ihrem Niveau einschult. Dazu kommen der Frust, die Verzweiflung und manchmal auch Schuldgefühle, weil man die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen kann. Und das nicht, weil man nicht will, sondern weil man nicht kann.

Das kann dazu führen, dass Jugendliche sich anderen stimulierenden Dingen oder Tätigkeiten zuwenden. Irgendwie müssen sie sich ja selbst spüren und brauchen ein Feld, um sich selbst als autonome Person identifizieren zu können. Ganz besonders geeignet ist dazu leider alles Spezielle, Verbotene und Riskante: Klauen, rauchen, kiffen, sich aus dem Zug lehnen, mit Unkrautvertilger Sprengkörper basteln, sich bei Facebook als Erwachsene ausgeben, Computerviren bauen, sich die Arme ritzen, „Pillen schmeissen“ oder Orte aufsuchen, von denen die Eltern ihnen sagten, sie sollen sie meiden.

Es ist fatal: Aber das mit Auflehnung, Trotz und Opposition verbundene Verhalten und Erleben kann ein unbehandeltes ADHS-Hirn gefährlich gut stimulieren. Und das ist verlockend. Dazu zählt auch das Flash, welches einige Mädchen oder junge Frauen mit einer

ADHS erleben, wenn sie absichtlich hungern. Magersucht und ADHS gehen so häufig einher, dass Mädchen mit Anorexie heute unbedingt auch auf eine mögliche ADHS abgeklärt werden müssten.

Risiko Drogen

Unheilvoll ist, dass auch die pharmakologische Wirkung einiger Drogen gut geeignet ist, das bei ADHS-Betroffenen zu schwache Dopaminsystem zu aktivieren und damit das Minus an neuronaler Aktivität im Frontalhirnbereich auszugleichen. 1995 wurden Forschungsresultate veröffentlicht, die zeigten, dass unbehandelte Erwachsene mit ADHS ein mehrfach erhöhtes Risiko von Alkohol- und Drogenmissbrauch haben. Im gleichen Jahr wurde bekannt, dass Zigarettenrauchen bei jugendlichen und erwachsenen Patienten mit ADHS deutlich häufiger als bei Normalpersonen anzutreffen ist. Vermutlich handelt es sich um eine Art Selbstmedikation. Von grossem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Resultate einer 1997 durchgeführten klinischen Studie, wonach Nikotinpflaster bei Patienten mit ADHS deren Symptomatik eindeutig besserte. Länger schon ist aus amerikanischen Studien bekannt, dass – je nach Studie – 50 Prozent der Drogensüchtigen an einer unerkannten oder unbehandelten ADHS leiden.

Dass mit einer rechtzeitigen und fachgerechten medikamentösen und psychologischen Therapie der ADHS dazu beigetragen werden kann, schlimme Folgeerkrankungen – wie eben zum Beispiel Drogensucht – zu vermeiden, leuchtet allen spontan ein, die um die biochemischen Besonderheiten der ADHS wissen. Joseph Biedermann, einer der führenden ADHS-Forscher aus Boston, hat in einer sehr bekannt gewordenen prospektiven Studie auch zeigen können, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche ein um 85 Prozent geringeres Risiko für Drogenmissbrauch zeigen als solche, die nicht behandelt wurden. Andere Risiken sind Frühschwangerschaften. Eine deutsche Studie von 2001 ermittelte bei Kindern mit einer ADHS unter 15 Jahren eine gegenüber gesunden Kindern neunfach erhöhte Verkehrsunfallgefahr. Ausgehend von den sich

1997 in Deutschland ereigneten Verkehrsunfällen mit Jugendlichen unter 15 Jahren nimmt man an, dass 63 Prozent dieser Unfälle im Zusammenhang mit ADHS stehen. Forscher in Deutschland fordern dringend Präventivprogramme. Interessanterweise konnte bereits 1993 in einer amerikanischen Langzeitstudie gezeigt werden, dass medikamentös unbehandelte Kinder mit einer ADHS im Vergleich zu den Behandelten die höchste Unfallgefahr haben.

Rechtzeitig abklären

Um den beschrieben Risiken und den vielen anderen möglichen Komplikationen in der Pubertät von Jugendlichen mit einer ADHS vorbeugend entgegnen zu können, sollte frühzeitig eine fachgerechte Behandlung der ADHS erfolgen. Bei einer diagnostizierten Sehschwäche wartet man mit der Verordnung einer Brille schliesslich auch nicht so lange zu, bis es zu einem Unfall gekommen ist oder bis infolge von Schulversagen das Selbstwertgefühl des Kindes darniederliegt. Medikamente gegen die ADHS-Symptome dürfen in der Pubertät nicht automatisch abgesetzt werden. Manche benötigen auch als Erwachsene Stimulanzien, so wie andere Insulin brauchen um zu überleben.

Wenn Jugendliche reklamieren, die Tabletten würden sowieso nichts nützen und die Medikamenteneinnahme verweigern, darf man sich nicht auf einen Kampf einlassen: Oft haben diese Jugendlichen nämlich Recht. Bei 90 Prozent aller Kinder oder Jugendlichen, die mir vorgestellt werden, weil bei ihnen die Stimulanzien nicht wirken sollen, liegt der Grund darin, dass die Dosierung nicht stimmt. Meist ist die Dosierung zu niedrig oder man hat die kurze Wirkdauer nicht berücksichtigt. Wenn Stimulanzien richtig eingestellt sind, dann ist der Effekt auch für Jugendliche so eindeutig wie bei einer Brille. Und kein Teenie, der ohne Brille aufgeschmissen wäre, sucht sich die Brille als Objekt seines Trotzes.

Psychische Folgen der ADHS

In meiner Praxis werden vorwiegend Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Verdacht auf ADHS untersucht und behandelt. Ich durfte in meiner Untersuchungstätigkeit in den letzten Jahren sehr viele Frauen und Männer zwischen 18 und 63 kennenlernen, welche an einer ADHS leiden. Bei ihnen wurde die ADHS, wenn überhaupt, dann nur bis zur Pubertät behandelt. Und mit der Pubertät haben sich bei meinen Patientinnen und Patienten die ADHS-Symptome leider oftmals nicht ausgewachsen. Sie haben sich im Gegenteil nachhaltig und behindernd auf ihren ganzen Lebensvollzug ausgewirkt. Viele dieser erwachsenen ADHS-betroffenen Frauen und Männer haben ein Leben lang gekämpft, nicht nur mit sich selbst, sondern vor allem mit ihrer Umwelt: Viele sind gekennzeichnet von einem Schultrauma, einem Lerntrauma, einem Lehrertrauma, einem Geschwistertrauma, einem Familientrauma, einem Ausbildungstrauma, einem Arbeitsplatztrauma, Beziehungstrauma, einem Psychologentrauma, einem Kindertrauma, einem Ehemann- oder Ehefrautrauma usw. Viele von ihnen hörten Dutzende und Aberdutzende von Malen, sie sollten sich mehr anstrengen, mehr Willen zeigen, sich endlich zusammenreissen, gefälligst innehalten und zuhören, wenn man mit ihnen redet, und nicht immer zu spät kommen sowie angekündigte oder versprochene Dinge endlich einhalten. Mit einem Wort: Sie sollen das Gegenüber endlich, endlich einmal ernst nehmen. Oder sie sollen bitte, bitte aufhören, Zugesagtes vorsätzlich zu vergessen oder Sachen absichtlich fünfmal zu fragen, nur um andere zu provozieren.

Schon in der Schule bekundeten die meisten meiner erwachsenen ADHS-Patientinnen und -Patienten grosse Mühe, sich Dinge zu merken, der Lehrerin richtig zuzuhören, an einer angefangenen Sache in einem einigermassen vernünftigen Rahmen dranzubleiben und diese auch abzuschliessen. Der am Schulhaus mit dem Mofa vorbeifahrende Postbote, das eine etwas zu kurze Hosenbein des Lehrers oder das Zirpgeräusch beim Öffnen einer Tempo-Taschentuchpackung reichten, um die eigene Aufmerksamkeit vom gerade besprochenen Thema wegzulocken.

Lernen daheim war – wenn überhaupt Hausaufgaben erledigt wurden – ein ewiger Kampf: Und falls überhaupt für die Schule gelernt wurde, dann nur unter Überwachung der Mutter und in späteren Schuljahren entweder spät abends oder am Morgen im Zug, auf jeden Fall aber immer auf den letzten Drücker. Entweder man kapierte etwas sofort (es wurde quasi „abfotografiert“) oder man begriff es gar nicht oder dann nur mit unrealistisch hohem Aufwand. Aber selbst wenn zu Hause gelernt wurde: Viele meiner ADHS-Patienten berichteten mir von ihren leidhaften Erfahrungen, wenn mühsam erworbenes Wissen beim Aufgerufenwerden in der Klasse oder bei Prüfungen einfach nicht mehr aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen war.

Dumm und faul

Die Folgen all dieser kleinen und grossen verletzenden Erlebnisse für alle ADHS-Betroffenen sind, dass sie rundherum in leibhaftigen und meist schmerzhaften Erfahrungen mehr oder weniger direkt gespiegelt bekommen haben, dass sie auf eine offenbar unangenehme Art anders sind als die andern, ohne aber selbst wirklich zu verstehen, wie und warum das so ist. Dann hören, spüren und schlussfolgern sie manchmal schon nach der zweiten Klasse, dass sie dumm sein müssen: Denn, wäre dem nicht so, müsste es ja besser gehen in der Schule, in der Ausbildung, in der Erziehung, bei der Organisation der Haushaltsführung oder im Berufsleben. Wenn sie nämlich intelligent genug wären, dann könnten sie Dinge besser planen, würden nicht immer wieder unüberlegte Spontanhandlungen begehen, könnten sich Sachen besser merken, würden mehr denken, bevor sie den Mund aufmachen, wären disziplinierter und viel weniger chaotisch. Mit mehr Intelligenz würden sie sich auch weniger verzetteln oder nicht wie jetzt an unwichtigen Details hängen bleiben, würden die eigenen Kinder einigermassen normal erziehen können, auch einfache Dinge im Haushalt auf die Reihe kriegen und es auch im Beruf eindeutig weiter bringen.

Zudem bekommen ADHS-Betroffene durch ihre Erfahrungen mit der Umwelt mehr oder weniger zurück gemeldet, dass sie faul sind: Menschen, die vieles vor sich herschieben, die schnell ins Trödeln und Träumen kommen, die morgens nicht recht wach werden, denen schnell alles zu viel wird, die sich zurückziehen und aus Überforderung heraus Arbeitspensum reduzieren müssen, welche die Schul-, Alltags- aber auch ihre Lebensaufgaben nicht zeitig anpacken, den Startknopf nie recht finden und eine lange Leitung haben und Menschen, die schon in der Schule den Ruf hatten, Minimalisten zu sein – ja, das sind dann eben die Faulen und im Grunde genommen unfähigen Menschen!

Schliesslich schlussfolgern ADHS-Betroffene durch ihre wiederholten Erfahrungen mit ihrer Umwelt, dass sie schlecht sind, denn sonst würden sie nicht immer wieder anecken, andere (weil sie sich einfach nicht genügend beherrschen können) verletzen und enttäuschen, sich in Auseinandersetzung verwickeln und Dinge sagen, die sie kurz danach wieder bereuen. Schlecht müssen sie wahrscheinlich auch deswegen sein, weil die andern ja im Grunde genommen Recht haben, wenn sie einem Unzuverlässigkeit, Unfähigkeit, Gereiztheit oder Unbeherrschtheit vorwerfen. Schliesslich ist ein guter Mensch pünktlich, erinnert sich an Verabredungen, erledigt Versprochenes termingerecht, packt an, verlegt und vergisst nicht dauernd Sachen, lässt sich nicht gleich provozieren, flippt nicht immer gleich aus, verfügt über ein Mindestmass an Geduld und kann sich vor allem beherrschen.

Gott hat mir schwarzes Blut gegeben

Ein elfjähriger ADHS-Bub sagte mir vor einiger Zeit: „Gott hat mir schwarzes Blut gegeben, sonst wäre ich nicht so böse.“ Ähnliches beichten mir Erwachsene von ihrer Kindheit – und zwar in einer Art und Betroffenheit, als wäre es gestern erst geschehen. All das kann nicht spurlos an der Seele eines Kindes, eines heranwachsenden oder eines erwachsenen Menschen vorbeigehen. Wie fühlt man sich mit „schwarzem Blut“? Und wer will schon die Erwartungen der Eltern

oder des Partners enttäuschen? Wer will schon eigene Vorsätze nicht einhalten können? ADHS-Betroffene können das oft nicht und geraten in der Folge in eine Schuld sich selbst und anderen gegenüber. Von meinen ADHS-Patientinnen und -Patienten weiss ich, dass sie sich auch als Erwachsene im Denken oder Handeln oftmals nicht rechtzeitig abbremsen können, sie sich nicht konzentrieren können, wenn etwas monoton und gleichförmig ist, sich nicht an eigene Vorsätze halten können, Prüfungen verpatzen, Termine verlauern, Dinge verhauen und die Lehrkräfte, die Eltern, die Vorgesetzten, ihre Freunde und ihre Ehepartner enttäuschen, welche – die positiven Möglichkeiten und das Potenzial durchaus richtig erkennend – eigentlich mehr von einem erwarten.

Weil Kinder mit einer ADHS und ADHS-Erwachsene sich bei für sie interessanten Sachen gut zu konzentrieren vermögen, hören sie immer wieder: „Siehst du, wenn du willst, dann kannst du es auch. Also reiss dich gefälligst auch jetzt zusammen!“ Weil es bei Kindern und Erwachsenen mit ADHS aber nicht am fehlenden Willen, sondern am Nicht-Können liegt und weil das weder viele Lehrerinnen und Lehrer, noch die Psychologinnen und Psychologen, noch die Eltern, noch man selbst begreift, bleiben meistens nur Erklärungen übrig, welche tiefe Wunden in der Seele hinterlassen können: „Ich kann mich nicht beherrschen, kann Versprechen und eigene Vorsätze nicht einhalten, also bin ich schlecht.“ Da diese Menschen selbst – aber natürlich auch die Personen in ihrer Umgebung – keine Worte, keine Sprache und kein Erklärungsmuster haben, um das eigene Verhalten begreifen, verstehen und schliesslich auch verarbeiten zu können, ja was bleibt da? Es ist das „schwarze Blut“, die eigene Schlechtigkeit: Ja, da ist man wohl wirklich selber schuld.

Im Teufelskreis der ADHS-Probleme

Die Tatsache, dass die Aufnahme- und Selbststeuerungsfähigkeiten von ADHS-Betroffenen in reizarmen, monotonen oder langweiligen Alltags- und Routinesituationen aus hirnorganischen Gründen regelrecht einbrechen, bleibt – solange man die ADHS und ihre Ursachen

nicht kennt – für alle Beteiligen unfassbar. In der Psychotherapie von Jugendlichen und Erwachsenen ist es deswegen zentral, dass die Patienten und Patientinnen verstehen lernen, wieso sie so sind, wie sie sind. Wissen und sich verstehen sind wichtige Voraussetzungen, um sich akzeptieren zu können.

Die ADHS-Kernmerkmale werden mit fortschreitendem Alter immer mehr von Lebenserfahrungen und sekundären psychischen Symptomen überlagert. Je älter ADHS-Betroffene werden, umso mehr leiden sie zusätzlich zu den ADHS-Grundproblemen an deren psychischen Folgen und psychosozialen Auswirkungen. Sie leiden also je länger umso mehr nicht nur an ihren aktuellen ADHS-Problemen, sondern auch an ihrer persönlichen Vergangenheit, die ihnen psychisch zu schaffen macht. So kommt es immer wieder vor, dass auf der Alltagsoberfläche nur noch Schulverweigerung, Trotzverhalten, Depressionen, Suchterkrankungen, Angststörungen oder psychosomatische Erkrankungen sichtbar sind.

Da die ADHS erwiesenermassen zu Depressionen, Suchterkrankungen, Angst- oder Zwangsstörungen führen kann, muss immer dann, wenn Patientinnen und Patienten mit diesen psychischen Erkrankungen auf herkömmliche Therapien nicht reagieren, auch an eine ADHS gedacht werden. Das gilt auch für delinquente Jugendliche. Mich wundert es bis heute, dass viele Jugendanwaltschaften das Wissen um die ADHS und ihre Folgen noch nicht aufgearbeitet haben, denn es gilt als sicher, dass unter minderjährigen Straftätern viele ADHS-Betroffene zu finden sind.

Schuldgefühle

Es ist nachvollziehbar, dass auch in wissenschaftlichen Studien gezeigt werden konnte, dass depressive Erkrankungen und Selbstzweifel mit zu den häufigsten Begleitstörungen der ADHS zählen. Schuldgefühle kennen wir schon bei diesen Kindern mit all ihren Folgen, welche sich schämen, wenn sie sich wieder nicht zusammenreissen konnten, wieder etwas umgestossen haben oder wieder eine schlechte Note nach Hause brachten. Wie fühlt man sich, wenn man

immer wieder beim plötzlichen Aufgerufenwerden in der Schule, bei einer Prüfung oder in einem Gespräch, wo schnelles Denken gefordert ist, etwas eben nicht schnell genug aus dem Langzeitgedächtnis abrufen kann? Wie fühlt man sich, wenn es stockt im Kopf? Und wenn es die andern merken, einen wartend ansehen und man – etwa im Schulunterricht – immer mehr Angst vor diesen Situationen bekommt? Nicht nur Depressionen und Selbstzweifel, nein, auch Prüfungsängste, Versagensängste, bei Erwachsenen Angststörungen generell gehören zu den häufigen Begleitstörungen der ADHS.

ADHS-Betroffene leben manchmal zeitlebens in einem chronischen psychischen Zweifelzustand: Sie wissen nicht, wer und wie sie wirklich sind. Haben die andern mit ihren vernichtenden Vorwürfen vielleicht doch recht? Eine innere Stimme sagt: „Ja, du bist im Grunde schlecht, faul und unfähig und alles ist nur Bluff.“ Eine andere innere Stimme sagt: „Nein, das ist nicht logisch, das kann nicht sein“. Später, ab der Pubertät und im Erwachsenenalter, ist es dann eine innere Stimme, die einem ständig sagt: „Zusammenreissen, zusammenreissen!“ oder „Mach endlich!“ oder „Du solltest doch schon lange...!“

ADHS-Betroffenen fehlt so etwas wie ein in sich stimmiges Ich-Gefühl sowie ein seelischer Gleichlauf oder eine seelische Balance: Ständig sind sie auf der Suche nach sich selbst. Ihre Schul- und Berufskarrieren gleichen nicht selten einer Irrfahrt. Sie besuchen Esoterikkurse, betreiben Risikosportarten, versuchen sich im Glücksspiel oder verbeissen sich in andere Tätigkeiten, sind süchtig nach Sex und Seitensprüngen oder sie trinken zu viel.

Ihr Leben verläuft innerlich und/oder äusserlich immer so unruhig, dass sie laufend Gegensteuer geben müssen. Fast wie bei einem alten VW-Käfer, der zu viel Lenkradspiel hat, sodass man mit dem Lenkrad mal nach links, mal dann nach rechts korrigieren muss. Alles läuft in Extremen: Entweder ist die Stimmung oben oder sie ist im Keller, entweder ist Energie vorhanden oder sie fehlt.

Die meisten mir bekannten Menschen mit einer ADHS vermochten ihre persönlichen Begabungen und ihr geistiges Potenzi-

al gar nie richtig zum Tragen bringen: Lehren wurden abgebrochen, das Gymnasium – weil man trotz guter Intelligenz nicht lange still sitzen und zuhören konnte – gar nicht erst besucht, Beziehungen werden schnell langweilig oder man wurde verlassen von der Partnerin oder vom Partner. Wirklich klar ist diesen Menschen dann oft nur eins, dass nämlich etwas Fundamentales mit ihnen nicht stimmt.

Menschen mit einer ADHS suchen oftmals ideologische Ersatzidentitäten oder klammern sich an Rollen fest, die nicht wirklich die ihren sind. Im Hintergrund oder im Unterbewusstsein lauern tief sitzende Grundannahmen über sich selbst, die sich in erstaunlich vielen Fällen aus den Attributen: anders, dumm, faul, schlecht, schuldig und unfähig zusammensetzen lassen. Erstaunlich ist es nicht, dass viele der erwachsenen ADHS-Betroffenen ein Leben lang meist unbewusst dagegen ankämpfen, dass sich diese tief im eigenen Ich sitzenden vermeintlichen Grundwahrheiten über die eigene Unfähigkeit nicht eines Tages doch entdeckt werden oder sich vollständig bewahrheiten könnten.

Es ist kein Zufall, dass unter den Workaholics auch viele Männer mit dem ADHS-Syndrom zu finden sind: Sie schuften und krampfen bis zum Burnout, zum Magengeschwür, zur Ehescheidung oder zum Infarkt. In den Untersuchungsgesprächen und vor allem im Rahmen der Therapien höre ich von diesen Menschen häufig: „Ich habe nie etwas wirklich gut hingekriegt oder gekonnt, alles ist nur ermogelt oder durch Zufall zustande gekommen, bei mir ist alles nur Fassade und ich bin vor allem müde“. Selbst echte Erfolge – und ADHS-Betroffene können sehr leistungsfähig sein, wenn das Drumherum stimmt – werden nicht mehr richtig bewertet. Unheilvoll ist, dass sich meine ADHS-Patientinnen und -Patienten durch die lebenslang anhaltenden Probleme auch immer wieder Situationen erschaffen oder sich in solche hineinmanövrieren, in denen diese Grundannahmen bestätigt werden.

Wann abklären?

Wenn mir beispielsweise eine erwachsene Patientin mit psychischen Problemen, einer Erschöpfungsdepression und Symptomen einer möglichen aktuellen ADHS berichtet, dass ...

- sie in der Schule schon vieles verloren oder vergessen habe
- es ihr immer schon sehr schwer fiel, der Lehrerin über längere Zeit konzentriert zuzuhören
- sie als verträumtes Kind galt
- sie trotz guter Intelligenz Klassen habe wiederholen müssen
- sie in den Fächern, welche sie interessierten sehr gute, in anderen aber sehr schlechte Noten erzielte
- es deswegen immer wieder hiess: „Du kannst ja wenn Du willst, also gib dir mehr Mühe!“ und dass es sowieso immer geheissen habe, sie sei fähig, wenn sie nur gewollt hätte
- sie in der ganzen Schulzeit als übermässig langsam und ablenkbar galt
- sie schon als Kind spürte, anders als die andern zu sein
- ihre Schwatzhaftigkeit sogar in den Zeugnissen festgehalten sei
- ihre Leistungen wohl nie ihrer Intelligenz entsprochen haben
- der Bruder das totale Gegenteil von ihr, nämlich ein Zappelphilipp war und immer noch ist
- sie – wenn sie ehrlich zu sich ist – auch heute noch von sich denkt, dumm zu sein und nichts wirklich richtig zu können
- sie zeitlebens an extremen Prüfungsängsten gelitten habe und immer schon versuchte, Ordnung in ihr Leben zu bringen

… dann allerdings verdichten sich langsam aber sicher die Hinweise auf eine mögliche ADHS des unaufmerksamen Typus.

ADHS kann bei Erwachsenen dann diagnostiziert werden, wenn ein ausgeprägter psychischer Leidensdruck da ist, die DSM-Kriterien erfüllt sind, schon in der Kindheit ADHS-Symptome die eigene Entwicklung behinderten, die Grundsymptome der ADHS

sich wie ein roter Faden durchs ganze Leben ziehen, die Grundsymptome der ADHS zu einer bedeutenden Behinderung der persönlichen, also psychischen, zwischenmenschlichen und beruflichen Entfaltung führen und die Kernsymptome der ADHS chronisches psychisches Leiden erzeugen, welches durch eine andere körperliche oder psychische Erkrankung nicht besser erklärt werden kann.

Eine Abklärung auf ADHS umfasst bei Jugendlichen und Erwachsenen eine mehrstündige psychologische und neuropsychologische Untersuchung. Ergänzend zur Erhebung des Befundes und der Krankengeschichte wird mit psychologischen Tests versucht, die mit den neuropsychologischen Funktionsstörungen zusammenhängenden Alltagsprobleme zu objektivieren. Eine ADHS-Diagnose stützt sich aber nie auf Tests ab, auch wenn die Resultate bei ADHS-Betroffenen oft sehr typisch ausfallen. Typisch heisst, dass unter anderem gezeigt werden kann, dass die Aufmerksamkeitssysteme und die Impulskontrolle nicht den Erwartungswerten entsprechen. Typisch ist auch, dass bei einfachen Testaufgaben oft mehr Fehler passieren, als in schwierigeren Testabschnitten. Typisch ist ebenfalls, dass die Intelligenz meist besser ist, als der Lebensvollzug des Betroffenen dies erwarten liesse.

Auch bei Erwachsenen wird bei einer ADHS-Abklärung wenn immer möglich versucht, von der Mutter Informationen aus der Kindheit zu erhalten. Das geschieht meist mit Fragebögen. Auch eine noch so eindrückliche aktuelle ADHS-Problematik ist nur dann eine ADHS, wenn auch in der Kindheit massgebliche und klinisch relevante Auffälligkeiten vorlagen. Ergänzende Hinweise darauf geben manchmal auch charakteristische Vermerke in Schulzeugnissen („Schwatzhaft“ oder „Wäre zu besseren Leistungen fähig“ oder: „Zerstreuter Professor“). Einen hundertprozentigen sicheren Beweis, dass eine ADHS vorliegt, gibt es allerdings nicht. Selbstverständlich ist in jedem Fall auch eine ärztliche Untersuchung erforderlich, die alle somatischen und neurologischen Erkrankungen ausschliessen soll, welche ADHS-ähnliche Symptome erzeugen können. Zu diesen

Erkrankungen gehören zum Beispiel Funktionsstörungen der Schilddrüse, Epilepsien, Sehfehler oder Hörbehinderungen.

Welches sind nun die Ursachen der ADHS? Welche Konsequenzen haben diese für eine Therapie?

Die Ursachen der ADHS liegen nicht in Erziehungsfehlern oder in den sozialen Verhältnissen und sind auch nicht in Ehekonflikten der Eltern begründet. Die ADHS beruht gemäss heutigem Wissen auf einer vererbbaren neurobiologischen Disposition. Dass eine ADHS familiär gehäuft auftritt, lehrt der Augenschein, aber auch Studien zeigen immer deutlicher, dass ADHS genetisch bedingt ist. Leidet ein Elternteil an ADHS, so liegt das Erkrankungsrisiko bei den Kindern bei 50 Prozent. In Familien mit einem ADHS-Kind bestehen bei Geschwistern fünf bis sieben Mal häufiger eine ADHS als in anderen Familien. 1992 zeigten Zwillingsstudien der Universität Colorado, dass eineiige Zwillinge eines hyperaktiven Kindes 11 bis 18 Mal häufiger von der ADHS betroffen sind, als andere Geschwister. Hat eines der Zwillinge eine ADHS, entwickelt das andere es in 55 bis 92 Prozent der Fälle ebenfalls. An der Universität Oslo wurden 525 eineiige, also genetisch identische Zwillinge und 389 zweieiige Zwillinge, die sich genetisch nicht mehr gleichen als andere Geschwister, verschiedenen Alters untersucht. Sie fanden für ADHS eine Erblichkeit von 80 Prozent.

Dopaminhypothese

Hervorgerufen durch eine Grippeepidemie traten zwischen 1918 bis 1923 vermehrt Fälle der Encephalitis lethargica auf. Dabei zeigten sich bei Erwachsenen Parkinson-Symptome und bei Kindern gehäuft hyperaktives Verhalten und Aufmerksamkeitsstörungen. Als eine Therapievariante wurden erfolgreich Stimulanzien (Benzedrin) erprobt, welche sich bereits für die Behandlung der Narkolepsie bewährt hatten. Das Stimulans führte zu einer deutlichen Verbesserung von Stimmung, Verhalten und kognitiven Leistungen. Man vermutete, dass diese Kinder – entsprechend den Parkinson-Patienten – einen

Dopaminmangel entwickelten. Dies ist eine These, die auch heute noch ihre Gültigkeit hat. Die Dopaminhypothese ist einerseits gestützt durch die therapeutische Wirksamkeit von Amphetaminen, aber auch durch die Resultate genetischer Studien: Die bisher durchgeführten Untersuchungen über die Ursachen der ADHS legen nahe, dass eine genetisch bedingte Dysfunktion der Katecholamine im frontostriatalen System vorliegt, wobei einer Störung des dopaminergen Stoffwechsels eine zentrale Bedeutung zukommt.

Forscher in München und den USA haben in bildgebenden Verfahren zeigen können, dass erwachsene ADHS-Patienten und Patientinnen im Dopamin-Neurotransmittersystem eine höhere Konzentration des Dopaminrücktransporters haben. Das bewirkt einen zu schnellen Abbau des wichtigen Neurotransmitters Dopamin. In München konnte vor einem Jahr – ebenfalls mit bildgebenden Verfahren – gezeigt werden, wie Ritalin den Rücktransporter hemmt und den Stoffwechsel in diesen wichtigen Hirnregionen normalisieren kann.

Therapie der ADHS

Eine Therapie, die bei ADHS wirksam sein soll, muss sich bei Kindern wie auch bei Erwachsenen in erster Linie gegen die Grundsymptome der ADHS richten: Aufmerksamkeit, Zeitgefühl, Handlungsplanung und Impulskontrolle sollen verbessert werden. Basistherapie der ADHS sind auch bei Erwachsenen Medikamente. Sie stimulieren, aktivieren und normalisieren diejenigen Hirnregionen, welche für das Funktionieren der Informationsverarbeitung, der In- und Outputs und der Selbststeuerung zuständig sind. Man nennt diese Medikamente deswegen Stimulanzien. Schon 1937 hat das Forscher- und Erzieherehepaar Bradley entdeckt, dass Amphetaminpräparate bei verhaltens- und lerngestörten Kindern therapeutisch sehr wirksam sein können. Danach erfolgte auf der ganzen Welt eine rege Forschungstätigkeit, welche zu zahlreichen Änderungen in der Erklärung und Bezeichnung dieses Störungsbildes führten.

Methylphenidat, also der Wirkstoff beispielsweise des Ritalin, dem bekanntesten Medikament gegen die Symptome der ADHS, wurde bereits 1944 in einem Labor der damaligen CIBA Basel entdeckt. Seit 1954, also seit bald 50 Jahren, ist Ritalin in der Schweiz und seit 1956 weltweit auf dem Markt. Unter Fachleuten und Wissenschaftler/-innen gilt Methylphenidat als das wissenschaftlich am besten untersuchte Psychopharmakon, welches Kindern verschrieben werden kann. Es gilt als therapeutisch wirksam, nebenwirkungsarm und gut verträglich.

Die klinische Erfahrung, aber auch plazebokontrollierte Studien, zeigen, dass Stimulanzien auch bei Erwachsenen wirksam sind und zwar bei etwa zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten. Für sie gilt Ähnliches wie bei den Kindern: Sie können sich besser organisieren, können auch Gedanken besser ordnen, sind nicht so kopflos, das Nebelgefühl im Kopf kann sich abschwächen, sie können besser denken bevor sie handeln, sie nehmen soziale Signale aus der Umwelt besser wahr, ecken weniger an und das Zeitgefühl wird besser. Sie sind gelassener und können eins nach dem Anderen machen, ohne in Panik zu geraten.

Psychotherapie bei ADHS

Viele erwachsene ADHS-Betroffene haben durch die vielen schlechten Erfahrungen mit sich und ihrer Umwelt den Glauben an sich verloren. Sie haben ein schlechtes Selbstwertgefühl, führen innerlich oder äusserlich ein chaotisches Leben und sind oft einfach sehr unglücklich. Da die Sekundärsymptome eine Eigendynamik entwickeln können und aus den ADHS-Kernproblemen (also aus Störungen verschiedener Selbststeuerungs- und Aufmerksamkeitsfunktonen) ausgeprägte Depressionen, Angst- oder Suchterkrankungen entstehen können, ist zur Therapie häufig auch eine begleitende psychologische Behandlung erforderlich.

Therapie statt Ideologie – eine praxisrelevante Bestandsaufnahme zur ADHS bei Erwachsenen

Piero Rossi mit Susanne Bürgi. Erschienen in Psychoscope 11/2009.

In zahlreichen aktuellen Medienberichten wird die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als unheilvolle Modeerscheinung dargestellt. Sie sei die Folge gesellschaftlicher Reizüberflutung und erzieherischer Defizite. Immer lauter wird die medikamentöse ADHS-Therapie diskreditierend in einen Zusammenhang mit Hirndoping und Neuro-Enhancement gebracht. Besonders befremdend klingen die Positionen der anonym operierenden Organisation „ADHS-Schweiz“, welche der ADHS jegliche Evidenz absprechen. Betroffene, Angehörige und Fachpersonen sind ob der zahlreichen unsachlichen Medienberichte zur ADHS verunsichert: Sind ADHS-Verhaltensstörungen in Wahrheit Ausdruck und Folge komplexer, frühkindlicher Bindungsprobleme? Oder ist die ADHS ein typisches Produkt des „Neurokapitalismus“ (Jokeit & Hess, 2009)? Wurden wir Opfer raffinierter Marketingstrategien der Pharmaindustrie? Ist Ritalin gar ein „Verbrechen“ (Feuser, 2009)? Was soll man glauben?

Evidenz der ADHS

Wer ADHS-betroffene Menschen persönlich kennt und ihnen psychotherapeutischen Beistand leistet, dem erscheinen die ideologischen und zum Teil fundamentalistisch anmutenden Glaubenskämpfe über die Ursachen und gesellschaftlichen Hintergründe der ADHS obsolet und fern jeglicher praktisch-therapeutischer Relevanz.

Im klinischen Alltag stehen wir vor ganz anderen Herausforderungen. Diese gelten in erster Linie einer möglichst optimalen Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten: Ob die ADHS nun die typische Krankheit der Postmoderne darstellt oder ob die Gewinne der Pharmaindustrie infolge steigenden Absatzes von Stimulanzien noch höher ausfallen als sonst, interessiert im klini-

schen Alltag angesichts der vielfach guten therapeutischen Wirkung dieser Medikamente niemanden. Für die Betroffenen und deren Angehörige sowie für Fachpersonen, welche mit ADHS-Patientinnen und -Patienten arbeiten, kommt der ADHS dieselbe Evidenz zu wie Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen.

Eine unbehandelte ADHS ist eine sich in verschiedenen Lebensbereichen manifestierende, chronisch verlaufende und ernste psychische Störung. Sie hat weitreichende Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten. Betroffen sind neben Kindern und Jugendlichen 3,7 Prozent aller Erwachsenen beiden Geschlechts (1:1).

Leben mit einer ADHS

Menschen mit einer ADHS werden seit Kindheit in ihrer Entwicklung und Lebensbewältigung durch einen gemäss aktuellem Wissensstand primär neurobiologisch bedingten chronischen Mangel an Selbstbeherrschung und Konzentration behindert. Infolge ihres Unvermögens, Impulse angemessen zu hemmen und ihre Affekte situationsgemäss zu regulieren, stehen sie meist ein Leben lang im Konflikt mit Eltern, Lehrkräften und Vorgesetzten, mit den eigenen Kindern, Partner/-innen, mit sich selbst und manchmal auch mit dem Gesetz. Ihrer Zerstreutheit und Vergesslichkeit wegen wirken viele ADHS-Betroffene unzuverlässig, was zu chronischen Scham- und Schuldgefühlen führt. Ihr Stimulationshunger lässt sie immer neue Projekte anreissen, was bei vielen in Erschöpfungsdepressionen oder ein Burnout mündet.

Erwartungswidrige schulische Minderleistungen und deren Folgen, berufliches Versagen, Sucht und Delinquenz, Verkehrsunfälle, Scheidungen und Verschuldung stellen einige der schmerzhaften Lebensstationen vieler ADHS-Betroffenen dar. Bis in die tiefsten Schichten ihrer Seele halten sie sich meist ein Leben lang für unfähig und dumm. Diese und andere negative Grundannahmen, ständig genährt durch alltägliche Auswirkungen fortbestehender neuro-

kognitiver Funktionsstörungen, fördern eine unheilvolle Misserfolgserwartung und führen immer wieder in einen Teufelskreis, aus dem die meisten ADHS-Betroffenen ohne psychotherapeutische Hilfe nicht mehr herausfinden.

Herausforderung ADHS-Diagnostik

Noch immer durchlaufen zu viele ADHS-Betroffene eine Odyssee von Abklärungen und verschiedensten Therapien, bis ihre Kernproblematik erfasst und behandelt wird. Zahlreiche psychologische und ärztliche Kolleginnen sind sich der klinischen Relevanz der ADHS noch nicht bewusst. Auf der anderen Seite besteht gleichzeitig auch ein Risiko für falsch-positive ADHS-Diagnosen. Warum? Zu Konzentrationsschwächen, impulsivem Verhalten sowie Störungen der Exekutivfunktionen kommt es in unterschiedlicher Ausprägung auch bei anderen psychischen und neurologischen Störungen. Um dem damit verbundenen Verwechslungsrisiko zu begegnen, kommt der Differenzialdiagnostik ein hoher Stellenwert zu.

Punkt E der diagnostischen ADHS-Kriterien des Klassifikationssystems DSM-IV-TR verlangt zu Recht den Ausschluss anderer Störungen, welche mit einer ADHS verwechselt werden könnten. Erwähnung finden leider nur Differenzialdiagnosen auf entwicklungs- oder psychopathologischer Ebene. Unberücksichtigt bleiben etwa seit Kindheit bestehende neuropsychologische Funktionsstörungen, neurologische Erkrankungen oder Folgen von Hirnverletzungen, welche ebenfalls mit ADHS-ähnlichen Beschwerden einhergehen können. Um eben diese auch erfassen und einer entsprechenden Behandlung zuführen zu können, erachten wir bei Verdacht auf ADHS – im Gegensatz zu den Empfehlungen verschiedener Leitlinien – eine die klinische Untersuchung ergänzende neuropsychologische Abklärung für unverzichtbar. Eine beweisgebende ADHS-Klassifikation ermöglicht eine neuropsychologische Untersuchung indes nicht. Die Diagnose der ADHS beruht vorläufig noch auf einer klinischen Untersuchung, einer sorgfältigen Anamneseerhebung und

einer zwecks Differenzialdiagnose durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung.

Unzuverlässige ADHS-Tests?

Anders als in einem Forschungssetting stehen wir in der Praxis nicht nur entweder ADHS-Betroffenen oder Gesunden gegenüber. Wir sind mit vielfältigen und sich überschneidenden Störungsbildern konfrontiert und erwarten von einem Test, dass dieser differenziell valide ist und eine verlässliche diagnostische Zuordnung ermöglicht. Leider finden selbst bei neueren ADHS-Tests klinische Vergleichsstichproben wenig oder keine Berücksichtigung. Obwohl sie bezüglich Konzentrations- und Impulskontollproblemen keine signifikanten Unterschiede gegenüber Patientengruppen mit affektiven und anderen psychischen Störungen abbilden und konstruktionsbedingt wenig spezifisch sind, kommt diesen Testbefunden im klinischen Alltag oftmals eine beweisgebende Funktion zu. Das erhöht das Risiko von falsch positiven ADHS-Diagnosen.

So wichtig die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme DSM-IV-TR und ICD-10 für die Therapieforschung und Krankenkassenentscheide auch sein mögen: Aus einer klinisch-therapeutischen Perspektive erscheinen sie in Bezug auf erwachsene Patientinnen und Patienten wenig valide. Je mehr erwachsene ADHS-Betroffene wir untersuchten und behandelten, umso deutlicher wurde, dass die ADHS-Diagnose im Sinne der gemäss DSM-IV-TR geforderten klinisch akuten Zustandsstörungen (Achse-I-Störung) nur selten vorkommt.

ADHS-Spektrum-Störung

Was uns begegnet, sind vielmehr Menschen mit chronifizierten ADHS-charakteristischen Verhaltensweisen und festgefahrenen ADHS-Persönlichkeitszügen. Wir sehen des Öfteren mehr oder weniger gut kompensierte ADHS-Kernsymptome und Vermeidungsstrategien, die von verschiedenen akuten psychopathologischen Störungsbildern wie etwa Suchtstörungen überlagert werden und die

ADHS maskieren können. Auf Berührungspunkte zwischen der ADHS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung haben Winkler und Rossi (2001) hingewiesen.

Daneben begegnen uns vor allem bei Frauen sowie bei intelligenten Patientinnen und Patienten akute, ADHS-ähnliche Beschwerdebilder, welche die diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme zwar nicht erfüllen, in ihrer Gesamtheit sowie nach Würdigung sämtlicher Differenzialdiagnosen einer ADHS aber sehr nahe kommen. Wiederholt haben wir in diesem Zusammenhang beobachtet, dass Patientinnen und Patienten mit der Begründung einer zu späten Erstmanifestation (beeinträchtigende ADHS-Symptome müssen nach DSM-IV-TR vor dem siebten Lebensjahr vorliegen) eine sich später als wirksam erweisende ADHS Therapie vorenthalten blieb. Mit der Bezeichnung ADHS-Spektrum-Störung, welche übergeordnet sowohl die ADHS gemäss DSM-IV-TR als auch atypische und subklinische Bilder umfasst, versuchen wir deshalb – bei aller diagnostischen Sorgfalt – auch solchen Patientinnen und Patienten und ihren Beschwerden klinisch- therapeutische Evidenz zukommen zu lassen.

Therapie der ADHS

Im Hinblick auf die Therapie von Erwachsenen mit ADHS unterschätzen derzeit noch zahlreiche ärztliche Kolleginnen den Stellenwert der Psychotherapie, während viele psychologische Psychotherapeutinnen die Bedeutung der medikamentösen Behandlung verkennen. Erfahrungsgemäss braucht es in der Regel beides.

Psychotherapie

Wie für andere Patientinnen und Patienten bilden auch für erwachsene ADHS-Betroffene „Verstehen“ und „Verstanden werden“ die wichtigsten Grundpfeiler einer erfolgreichen Therapie. Auf Behandlerseite sind neben neuropsychologischem und psychopharmakologischem Know-how auch in der Arbeit mit erwachsenen ADHS-Patientinnen und -Patienten berufliche Erfahrungen mit Kindern mit

einer ADHS relevant. Ziel einer Therapie sollte dabei die Etablierung eines angemesseneren Selbstbildes sein, welches die neurokognitiven Handicaps integriert und zu Selbstkontrolle und Handlungsfähigkeit führt. Methodisch haben sich kognitiv-behaviorale Ansätze bewährt, wobei sich die individualisierte Anwendung einzelner Module aus ADHS-Therapiemanualen (zum Beispiel Safren 2009) als hilfreich erwiesen haben. Je nach Problemlage, Komorbiditäten und Ressourcen kommt auch anderen therapeutischen Konzepten Berechtigung zu. So gewinnen traumatherapeutische Ansätze zusehends an Bedeutung, weil zahlreiche erwachsene ADHS-Patientinnen und -Patienten durch ADHS-bedingte Lebenserfahrungen traumatisiert sind und vereinzelt Symptome einer leichten, chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung zeigen.

Medikation
Diese stellt in vielen Fällen eine Bedingung für den Behandlungserfolg dar. So bildet das Wiedererlangen der Kernkompetenzen Selbstaufmerksamkeit, Handlungsfähigkeit, Innehalten und Zuhören können die Voraussetzung für das Ansprechen auf eine Psychotherapie. Ein sorgfältiges Ausloten und konsequentes Ausschöpfen der mit einer Medikation verbundenen therapeutischen Möglichkeiten führt denn auch zu erfreulich hohen Responderraten. Dabei stehen Methylphenidat und andere Stimulanzien sowie auch Atomoxetin zur Verfügung. In einigen Fällen ist auch eine Kombination mit noradrenerg wirkenden Antidepressiva erforderlich.

Multimodale Therapie
Von einer medikamentösen Behandlung der ADHS ohne begleitende Psychotherapie ist abzusehen. Die Medikation vermag zwar verschiedene Aufmerksamkeits- und auch einige Exekutivfunktionen zu stabilisieren, die negativen Grundannahmen und deren Auswirkungen hingegen vermag sie nicht einfach so aufzulösen. Ausserdem verbessert die Behandlung mit Stimulanzien die Selbstaufmerksamkeit und eröffnet Zugang zu Verarbeitungsprozessen, die einer psy-

chotherapeutischen Begleitung bedürfen, wie etwa Trauerarbeit. Von einer Psychotherapie der ADHS ohne Medikamente raten wir nach einschlägigen Erfahrungen ebenfalls ab. Allfälliges Misstrauen gegenüber Medikamenten soll ernst genommen werden. Ihm kann mit Bereitstellung von Fachinformationen begegnet werden.

Anstehende Entwicklungen

In einigen Jahren werden wir mehr über das wissen, was wir heute als ADHS konzipieren. Biopsychologische Modelle werden voraussichtlich zu einem differenzierteren Störungskonzept und zu wirkungsvolleren therapeutischen Optionen führen. Wahrscheinlich werden zudem Biomarker eine zuverlässigere Diagnostik ermöglichen – hoffentlich ohne die Einzigartigkeit des Individuums zu vernachlässigen. Möglicherweise führt die Erforschung des ADHS-Endophänotyps zu einer Überwindung der Grenzen herkömmlicher Klassifikationssysteme. Zu wünschen ist überdies, dass im Rahmen der Aktualisierung des DSM-IV erwachsenen ADHS-Betroffenen mehr Aufmerksamkeit zukommen wird, ebenso wie der neuropsychologischen Perspektive, der bisher vernachlässigten Impulsivitätproblematik sowie einer dimensionalen Sichtweise, welche auch subsyndromale Diagnosen ermöglicht.

Literatur

- Feuser, G. (2009). Ritalin ist ein Verbrechen. Weltwoche, 26/09.
- Jokeit, H., & Hess, E. (2009). Neurokapitalismus. Merkur, 721, 541–545.
- Rossi, P. (2001). Zerstreut, gereizt, leicht ablenkbar. Psychoscope, 3/2001, 6–9.
- Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., & Otto, M.W. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Winkler, M., & Rossi, P. (2001). Borderline-Persönlichkeitsstörung und ADHS bei Erwachsenen. Persönlichkeitsstörungen, 5, 39–48.

Zerstreut, gereizt, leicht ablenkbar – ADHS im Erwachsenenalter

Piero Rossi. Erstmals erschienen in Psychoscope 2001.

Vom Träumerchen zur Chaosprinzessin – vom Hans Guck-in-die-Luft zum zerstreuten Professor: Die Annahme, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (das frühere „POS") betreffe nur Kinder, nicht aber Erwachsene, gilt als überholt.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gilt als häufigste psychische Störung des Kinder- und Jugendalters. Zentrale Merkmale sind Störungen der Aufmerksamkeit sowie fakultativ Impulsivität und Hyperaktivität. Betroffen sind rund vier Prozent aller Kinder. Seit der Einführung der medikamentösen Therapie mit Amphetaminpräparaten bei verhaltens- und lerngestörten Kindern durch das Forscher- und Erzieherehepaar Bradley im Jahre 1937 sind die mit der ADHS verknüpften Symptome und Verhaltensstörungen sowie deren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten bis heute Gegenstand reger wissenschaftlicher Forschungstätigkeit.

POS, HKS, ADD, AHDS ...?

In der Schweiz wurde für diese Störung lange der Begriff „frühkindliches psychoorganisches Syndrom" (POS), in Deutschland der Terminus „hyperkinetisches Syndrom" (HKS) verwendet. Gestützt auf die Definitionen der statistischen und diagnostischen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-IV und ICD-10) etabliert sich in den letzten Jahren auch in deutschsprachigen wissenschaftlichen Publikationen der in den USA seit zwanzig Jahren verwendete Begriff der ADHD (Attention Deficit Hyperacitivity Disorder) oder zu Deutsch: ADHS.

ADHS auch bei Erwachsenen

In Europa gilt die ADHS als eine auf das Kindes- und Jugendalter beschränkte psychische Erkrankung. Auch in der Schweiz dominiert die Ansicht, wonach das „POS“ – konzipiert als Folgen einer minimalen Cerebralparese und eines kortikalen Reifungsmangelsyndroms – sich mit der Pubertät auswachse.

Anders ist die Situation in den USA, wo sich Wissenschaftler/-innen seit über 30 Jahren mit der ins Erwachsenenalter persistierenden ADHS befassen. Anfang der 70er Jahre wandte sich Paul Wender, einer der weltweit führenden ADHS-Spezialisten, in den USA intensiv der Erforschung der ADHS bei Erwachsenen zu. Prospektive Studien an hyperaktiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern ergaben, dass bei rund 50 Prozent der betroffenen Kinder klinisch relevante Symptome der ADHS auch im Erwachsenenalter fortbestanden. Die Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter wird heute je nach Studie und angewandten Kriterien zwischen drei und fünf Prozent veranschlagt. Bei der ADHS des Erwachsenenalters handelt es sich somit um eine recht häufig auftretende psychische Störung. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung geht man heute davon, dass Frauen und Männer von der ADHS gleichermassen betroffen sein können.

Ablenkbarkeit, Vergesslichkeit

ADHS-Betroffene gelten – wie meistens schon in der Schule – in Ausbildung, im Berufs- oder Privatleben als unkonzentriert, auffallend vergesslich und unorganisiert (zerstreuter Professor). Vor allem bei einfachen Handlungen kommt es zu vielen Flüchtigkeitsfehlern. Routinetätigkeiten erfordern übermässig Anstrengung und Konzentration und werden wenn immer möglich gemieden. Vielen bereitet auch der flexible Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus Mühe: Haben sie einmal eine Handlung begonnen, bleiben sie leicht haften und reagieren bei Störungen gereizt. Andere wiederum bekunden beim Zuhören vor allem dann grosse Mühe, wenn jemand längere Zeit von subjektiv uninteressanten Dingen berichtet. Sie haben Schwierigkei-

ten, bei reizarmen, monotonen oder langweiligen Handlungen (auch beim Zuhören oder Lesen) bei der Sache zu bleiben. Sie sind leicht ablenkbar durch äussere und innere Reize. Trotz guter Intelligenz bekunden auch erwachsene ADHS-Betroffene oftmals Probleme beim Lernen: Wie schon in der Schule begreifen sie etwas entweder sofort oder gar nicht beziehungsweise nur unter grössten Anstrengungen. Bei für sie langweiligen Themen sinkt ihre Aufnahme- und Lernfähigkeit gegen Null. Folgen sind beispielsweise, dass sich Partner-/innen nicht ernst genommen fühlen („Nie hörst du mir zu!"); in Ausbildung und Arbeit werden wichtige Informationen überhört und verpasst.

Organisationsprobleme

Erwachsene mit einer ADHS haben ein schlechtes Zeitgefühl, verspäten sich häufig oder trödeln und erledigen Dinge entweder gar nicht oder nur auf den letzten Drücker. Sie verpassen oft Termine und Zahlungsfristen. Vielfach sind sie auch sehr unordentlich und unorganisiert, beginnen Arbeiten, ohne diese zu beenden, wechseln von einer Aufgabe zur andern und wirken auf andere unzuverlässig und chaotisch. Da viele gleichzeitig mehr Projekte am Laufen haben, als sie vertragen können, leben sie meistens in einem Dauerstress. Einige ADHS-Betroffene kompensieren ihre Schwierigkeiten durch einen rigiden und zwanghaften Lebensstil.

Hyperaktivität/Impulsivität

Andere ADHS-Betroffene sind wie hyperaktive Kinder ständig in Bewegung, immer auf dem Sprung, trommeln häufig mit den Fingern oder wippen ständig mit den Füssen. Sie sind eigentlich fast immer unruhig und innerlich oder äusserlich überdreht, vermögen wie Kinder nicht zu warten und sitzen zu bleiben, können sich kaum entspannen, suchen Stimulation durch den Konsum grosser Mengen koffeinhaltiger Getränke und selbst in Streitereien oder gefährlichen Situationen (zum Beispiel Risikosport, Glücksspiel, schnelles Fahren mit dem Auto). Viele kauen Fingernägel, wirken nervös und sind

insgesamt ungeduldig und sprunghaft. Nicht selten leiden sie an Logorrhoe (krankhafte Geschwätzigkeit) oder fallen auf, weil sie anderen ständig ins Wort fallen. Es ist, als versage bei ihnen die innere Bremse. Auch beim Essen oder beim Nachdenken können sie oft nicht stoppen: „Es" denkt ständig, berichten ADHS-Betroffene. Sie neigen zu Grübeleien und leiden darunter, dass sie innerlich nie Ruhe finden, ständig irgendetwas studieren müssen (was regelmässig auch mit chronischen Einschlafstörungen verbunden ist) oder sprechen vom „Lärm im Kopf". Häufig und oft spontan wechseln ADHS-Betroffene infolge ihrer Impulsivität die Arbeitsstelle, das Hobby oder das Auto und halten es in Beziehungen nie lange aus.

Niedrige Frustrationstoleranz und emotionale Instabilität

Die bei der ADHS herabgesetzten Wahrnehmungsschwellen bewirken, dass die Betroffenen sensorisch leicht überflutet und daher oft chronisch überfordert sind, ihre Sinneseindrücke und Erlebnisse kohärent zu integrieren und umzusetzen. Sie reagieren emotional sehr empfindlich auf Umgebungsreize und tragen von Kind an ein erhöhtes Risiko für seelische Traumatisierungen. Bei Jugendlichen und Erwachsenen kann sich die eingeschränkte Reizfilterung darin zeigen, dass sie sich von eigentlich machbaren Dingen chronisch und unverhältnismässig schnell überfordert und gestresst fühlen. Andere neigen dazu, sich ständig in Kleinigkeiten oder Details zu verlieren und geraten dadurch in Druck und Stress. Erschöpfungsdepressionen, Nebelgefühle, eine demoralisierte Stimmung und neurasthenische Störungsbilder sind vielfach Folgen dieser chronischen Reizüberflutung. Erwachsene ADHS-Patienteninnen und -Patienten sind emotional meist auffallend reizbar, zeigen eine verminderte Frustrationstoleranz, erleben Gefühle viel ungebremster als andere und zeigen häufig rasche Stimmungswechsel reaktiver Art. Zu einer wirklich euthymen Stimmungslage sind sie normalerweise nicht fähig. Die niedergeschlagene und depressive Stimmung wird als Langeweile oder Unzufriedenheit beschrieben und kann sich bis hin zu depressiven Zustandsbildern entwickeln.

Die klinische Symptomatik speziell bei Frauen

Viele der Untersuchungen zu Symptomatik und Verlauf der ADHS wurden bisher mit Knaben oder ohne Einbezug des unaufmerksamen Typus der ADHS durchgeführt. Die Feststellungen, wonach die ADHS vorwiegend das männliche Geschlecht betreffe, werden so immer wieder neu festgeschrieben. Selbstverständlich sind auch Mädchen und Frauen von der ADHS betroffen: Bei ihnen findet man häufig den unaufmerksamen Typus der ADHS. Ablenkbarkeit, starke Tagträumereien, Affektlabilität oder chronische dysphorische Stimmungen werden vielfach als Symptome der Pubertät fehlinterpretiert. Diese typischen Merkmale der ADHS fallen bei einigen Mädchen erst mit Beginn der Pubertät oder noch später auf. Als Gründe werden sozialisationsspezifische Besonderheiten sowie ein hormoneller Einfluss des Östrogens vermutet. Ein plötzlicher Leistungseinbruch eines bis dahin strebsamen und braven Mädchens oder radikale Änderungen im Verhalten (zum Beispiel Dropout in die Drogenszene, anorektisches oder selbstverletzendes Verhalten) sollten nicht nur an sexuelle Ausbeutung, sondern auch an eine mögliche ADHS denken lassen. Als charakteristisch bei Frauen mit einer ADHS gelten unter anderem das vermehrte, ins Erwachsenenalter persistierende und teils heftige Auftreten von prämenstruellen Beschwerden oder eine mensesabhängige Migräne.

Diagnostische Kriterien

Zur Objektivierung und Operationalisierung der Diagnostik der AHDS stellen die weltweit gültigen Klassifikationssysteme psychischer Störungen (DSM-IV und ICD-10) auch für die ADHS diagnostische Kriterien bereit, welche eine auf wissenschaftlichen Evidenzen basierende und zuverlässige Diagnostik dieses Störungsbildes ermöglichen. Schon 1980 führten Feldforschungen dazu, dass die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft in der dritten Version des DSM die Bezeichnung „Hyperkinetische Störung“ durch „Attention Deficit Disorder“ ersetzte und damit Probleme mit der Konzentration und Aufmerksamkeit in den Mittelpunkt dieses Störungsbildes setz-

ten. Epidemiologische Studien, welche in den USA zwischen 1995 und 1997 durchgeführt wurden, zeigten, dass die Prävalenz der unspektakulären und leisen Erscheinungsform des unaufmerksamen Typus der ADHS rund doppelt so häufig vorkommt, wie der gemeinhin bekannte hyperaktive Typus der ADHS.

Die heute aktuelle Version des DSM-IV von 1994 erlaubt die Diagnose von drei Subtypen der ADHS, nämlich den vorwiegend unaufmerksamen, den vorwiegend hyperaktiven sowie den Mischtypus:

- Unaufmerksamkeit: Neun DSM-IV-Kriterien beschreiben ausgeprägte kognitive Probleme bezüglich Ablenkbarkeit, der Aktivierung, Ausführung und Vollendung von Aufgaben und Arbeiten, der Beachtung von Details, Vergesslichkeit sowie Schwierigkeiten bei dem Aufrechterhalten von Handlungen, welche Daueraufmerksamkeit erfordern.

- Hyperaktivität, Impulsivität: Weitere neun (für die Diagnose der ADHS jedoch fakultative) Kriterien beschreiben motorisch unruhiges, hyperaktives, ungeduldiges und impulsives Verhalten.

Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV verlangen zudem obligat, dass einige der Symptome der Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität, welche Beeinträchtigungen verursachen, bereits vor dem Alter von sieben Jahren auftreten müssen. Kurz nach Publikation der DSM-IV wurde das Alterskriterium von führenden ADHS-Forschern allerdings bereits wieder in Frage gestellt: Beim unaufmerksamen Typus der ADHS, bei sehr intelligenten Kindern und bei Mädchen können sich erste Symptome der ADHS nämlich durchaus erst später manifestieren.

Weitere für eine ADHS-Diagnose obligate Kriterien sind, dass Symptome der ADHS in mehreren Lebensbereichen auftreten, die persönliche Entwicklung nachhaltig und chronisch behindern,

eine klinisch relevante Beeinträchtigung darstellen und durch andere psychische Störungen nicht besser erklärt werden können.

Assoziierte Störungen

Durch ihren Basischarakter und den frühen Beginn können auch diskrete Störungen der Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Selbstkontrollfunktionen die Entwicklung und soziale Anpassung eines Kindes nachhaltig erschweren. Um die ADHS bei Erwachsenen zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass die persistierenden Grundsymptome der ADHS mit fortschreitendem Alter immer mehr von Lebenserfahrungen und reaktiven psychischen Störungen überformt sein können. Das Wechselspiel zwischen persönlichen Ressourcen, diskreten neuropsychologischen Funktionsstörungen und psychosozialen Bedingungen kann sich zu schulischem und beruflichem Versagen, psychischen Erkrankungen und zu anderen menschlichen Schicksalen hochschaukeln. Die sekundären psychischen und psychosozialen Folgen der ADHS können bei Erwachsenen derart ausgeprägt, überkompensiert, facetten- und variantenreich sein, dass sie die zugrunde liegende Grundstörung häufig regelrecht verdecken. Schliesslich können auch die psychosozialen Folgen der ADHS ihrerseits erhebliche Belastungsfaktoren darstellen (soziale Isolation, berufliches Versagen, Verschuldung, Trennungen usw.) und einen persönlich befriedigenden Lebensvollzug der Betroffenen nachhaltig behindern.

Untersuchungen zeigen, dass bei rund drei Viertel der erwachsenen ADHS-Betroffenen komorbid psychische Störungen bestehen. Dazu gehören unter anderem affektive Störungen, Ess- und Suchtstörungen, Angst- aber auch Zwangsstörungen, Borderline-ähnliche Störungsbilder, psychosomatische Erkrankungen aber auch Fibromyalgie oder multiple Allergien. Häufig zeigen sich auch therapieresistente Schlafstörungen oder eine erhöhte Unfallneigung.

Neurobiologische Ursachen

Heute gilt es als wissenschaftlich weitgehend anerkannt, dass die ADHS primär auf einer genetisch bedingten neurochemischen Dysfunktion der Katecholamine im frontostriatalen System basiert. Einer Dysfunktion im dopaminergen Stoffwechsel kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Folgen des verminderten Hirnstoffwechsels sind Störungen im Bereich der behavioralen Inhibition (Verhaltenshemmung, Impulskontrolle), der Reizwahrnehmung und -verarbeitung, der Selbststeuerung sowie der emotionalen Regulation. Bei der ADHS liegen mehr oder weniger diskrete neuropsychologische Dysfunktionen im Bereich der sogenannt Exekutivfunktionen sowie des Arbeitsgedächtnisses vor. Damit sind grundlegende mentale Prozesse höherer Ordnung gemeint, welche unter anderem für die Aufmerksamkeit und die Aufmerksamkeitsaktivierung, das Planen, das Zeitgefühl, das Initiieren und die Hemmung von Impulsen und Handlungen, die Handlungskontrolle an sich, die Informationsanalyse und -verarbeitung, das Problemlösen, die Vigilanz/Wachheit, die emotionale Regulation sowie für weitere komplexe kognitive Funktionen verantwortlich sind. Frühere Erklärungsansätze, wonach die ADHS-Symptomatik primär auf Ernährungseinflüsse zurückgeführt wurde, konnten in kontrollierten Studien nicht bestätigt werden.

Diagnostik der ADHS

Zentral ist neben der Befundaufnahme die Erhebung einer differenzierten Entwicklungs- und Eigenanamnese. Auch bei Erwachsenen erfolgt wegen dem obligat frühen Krankheitsbeginn wenn immer möglich eine fremdanamnestische Befragung der Mutter oder von Angehörigen. Da einzelne Symptome der ADHS bei vielen anderen internistischen, neurologischen, psychischen oder posttraumatischen Störungen auftreten können und in moderater Ausprägung zum Repertoire menschlicher Verhaltensweisen schlechthin gehören, spielen sorgfältige differenzialdiagnostische Erwägungen eine besonders bedeutsame Rolle. Die Grundsymptome der ADHS, wie sie im DSM-IV definiert sind, müssen sich wie ein roter Faden (also nicht

nur periodisch, wie etwa im Zusammenhang mit depressiven Episoden) durch das ganze Leben der Betroffenen ziehen und zu einer nachhaltigen Behinderung der persönlichen, psychischen, zwischenmenschlichen und beruflichen Entfaltung führen. Standardisierte diagnostische Fragebögen wie die „Wender Utah Rating Scale“ oder die „Brown ADD Scales“ ergänzen die Anamneseerhebung. Da die ADHS familiär gehäuft auftritt, ist immer auch eine ausführliche Familienanamnese zu erheben. Mit einer leistungs- und neuropsychologischen Diagnostik können diskrete Störungen im Bereich der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen oft eindrücklich objektiviert werden. Schliesslich muss eine internistische Untersuchung organische Ursachen (Funktionsstörungen der Schilddrüse, neurologische Erkrankungen usw.) ausschliessen.

Zur Therapie der ADHS

Bei der Behandlung Erwachsener mit einer ADHS ist wie auch bei Kindern und Jugendlichen eine individuell abgestimmte medikamentöse Therapie mit Stimulanzien das erste Mittel der Wahl. Das zeigen klinische Erfahrungen, die durch zahlreiche Placebokontrollierten Doppelblindstudien bestätigt werden konnten. In Europa wird in erster Linie Methylphenidat eingesetzt: Das 1944 in der Schweiz entwickelte und seit 1954 auf dem Markt befindliche Ritalin gilt als sehr gut erforschtes, wirksames und nebenwirkungsarmes Medikament. Stimulanzien normalisieren unter anderem den dopaminergen Stoffwechsel und stabilisieren dadurch im Sinne einer „chemischen Brille“ die zerebralen Filter- und Hemmfunktionen und optimieren so die Regulations-, Reizselektions- und Aufmerksamkeitsmechanismen sowie die Selbststeuerungsfunktionen.

Teilweise wird bezüglich der Behandlung mit Stimulanzien in Laienkreisen sowie von Sekten und fundamentalistische Gruppierungen immer noch eine Suchtgefahr postuliert. Alle wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte konnten – eine korrekte Indikationsstellung und Dosierung vorausgesetzt – eine Toleranzentwicklung indes nicht bestätigen. Je nach Vorliegen und Ausprä-

gung der komorbiden Störungen kommen im Rahmen der Therapie zusätzlich auch SSRI oder andere Antidepressiva zum Einsatz. Bei Frauen kann zudem eine hormonelle Substitionsbehandlung indiziert sein.

Zur Behandlung der psychischen Folgen der ADHS (zum Beispiel Selbstwert-, Identitäts- und Beziehungsproblematik) sowie der komorbiden Störungen sind in vielen Fällen psychotherapeutische Massnahmen indiziert. Methoden mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt bewähren sich dabei besonders gut. Psychotherapien sind keine Alternativen zur medikamentösen Behandlung. Sie können sie ergänzen, nicht aber ersetzen.

Literatur

- Barkley, R. (1998). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guildford.
- Wender, P. (1995). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Oxford University Press.
- Brown, T.E. (2000). Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults. Washington: American Psychiatric Press.
- Hallowell, E. M., Ratey, J. (1998). Zwanghaft zerstreut oder Die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. Reinbeck: Rowohlt.
- Rossi P. & Winkler M. (2001). ADD-Online. URL: http://www.adhs.ch. Inhalt: Beiträge zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.
- Rossi P. (2001). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - auch bei Hochbegabten? In: Deutsche Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V. (Hrsg.). Im Labyrinth. Hochbegabte Kinder in Schule und Gesellschaft. Münster: Lit Verlag.

ADHS – Selbstwertgefühl, Dissoziation und Identität

Piero Rossi (2001)

Einleitung

Menschen benötigen zur erfolgreichen Bewältigung der sich im Verlaufe ihres Lebens stellenden Aufgaben und Hürden neben anderen Voraussetzungen in erster Linie eine gesunde Portion Selbstwert- und Identitätsgefühl. Erfolgserlebnisse in verschiedenen Lebensbereichen sowie mehrheitlich stimmige Erfahrungen mit der sozialen Umwelt und mit sich selbst ermöglichen beim heranwachsenden Menschen die Entstehung eines relativ stabilen Selbstbildes sowie eines runden und in sich mehrheitlich schlüssigen Ich-Gefühls. Erfolgserlebnisse gewährleisten auch eine innere Konstanz, emotionale Widerstandskraft, psychische Gesundheit, Beziehungsfähigkeit, Selbstzufriedenheit und Genussfähigkeit.

Das psychisch gesunde und lebenstüchtige Kind kann sich im Verlauf seiner Lern- und Lebensgeschichte mehrheitlich als Individuum, also als einheitliches Subjekt erfahren (Individuum = das Unteilbare): Es hat ein Gesicht, einen Ruf, einen Charakter und ein Temperament. Es zeigt ein mehr oder weniger durchgängiges und stimmiges Leistungsprofil in der Schule, hat seine persönlichen Präferenzen, seine Leidenschaften, Geheimnisse und Hobbys. Alle diese Aspekte des Daseins, welche sich im Verlaufe der Kindheit und der Jugendzeit herausbilden, verbinden sich beim psychisch mehrheitlich stabilen Heranwachsenden zu einem gefestigten Identitätsgefüge, zu einem Selbstkonzept und zu einem mehrheitlich intakten Ich-Gefühl. Dies ermöglicht es, auch widersprüchliche Erfahrungen in Beziehungen und in der Interaktion mit der Umwelt in das Selbstbild zu integrieren. So können Probleme und Schwierigkeiten im Leben angemessen bewältigt werden.

Erschwerte Identitätsentwicklung

Bei vielen Menschen mit einer ADHS sind die Erfahrungen, welche sie als Kinder und Heranwachsende mit sich und ihrer Umwelt gewonnen haben, alles andere als identitätsstiftend: Nicht primär Erfolge, sondern Misserfolge in der Bewältigung der Anforderungen des Lebens kennzeichnen ihren Weg. Als Kinder schon erlebten sie Blossstellungen, Strafen, Kränkungen und Blamagen. Sie wurden verkannt und nicht verstanden und reagierten mit Scham, Wut oder Selbsthass. Zahlreiche dieser Betroffenen wurden infolge der ADHS-bedingten Lernstörungen irrtümlicherweise in Sonderschulen versetzt und nicht mehr ihrem Potenzial entsprechend gefördert. So erfahren sich diese Kinder anderen Menschen und Aufgaben gegenüber oftmals als fremd, als Versager/-in, als dumm, beziehungsunfähig, hysterisch, chaotisch, ungerecht oder aggressiv. Sie spüren ihr Anderssein, nehmen es wahr, reagieren aggressiv oder ziehen sich zum Selbstschutz von zwischenmenschlichen Kontakten zurück. Viele soziale Kompetenzen können so nicht entwickelt werden und es können Schüchternheit und Ängstlichkeit daraus entstehen. Einige Betroffene entwickeln sich zu regelrechten Eigenbrötlern. Steht die Hyperaktivität im Vordergrund der ADHS, so entwickeln diese Kinder viel Trotz und Rebellion. Viele dieser Kinder leiden unter ihrem Energieüberschuss und schämen sich, wenn sie impulsiv Dinge tun, die sie eigentlich gar nicht wollen. Wie die Legasthenie oder beispielsweise die nonverbale Lernstörung, kann auch die ADHS zu reaktiven Verhaltensstörungen führen.

Scheiternserfahrungen und Versagensängste können das Selbstwertgefühl der Betroffenen – sofern es sich überhaupt ausbilden konnte – tief verletzen. Auswirkungen auf das spätere Leben sind unausweichlich: Die Angst, zu versagen oder als Hochstapler aufzufliegen, kann zum ständigen Begleiter werden. Die nicht gefestigte Identität, das nicht Umsetzen können des eigenen Leistungspotenzials, unbefriedigende Beziehungen, psychosomatische Reaktionen und teilweise handfeste reaktive psychische Störungen können

für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine schwere Bürde darstellen.

Weitwinkeloptik

Menschen mit einer ADHS zeichnen sich – bedingt durch eine neurobiologische Disposition – durch einen mehrheitlich zu breiten und zu offenen Wahrnehmungsstil aus. Zu Zerstreutheit und Konzentrationsschwächen kann es dann kommen, wenn sich in reiz- und stimulationsarmen Situationen (zum Beispiel beim Lernen, in anderen Routinesituationen oder beim Einschlafen) der Bildkreis beziehungsweise die Wahrnehmungsoptik vergrössert („Weitwinkeloptik"). In der Folge entsteht eine zu grosse Empfänglichkeit und Sensibilität für innere und äussere Reize.

Andererseits sind Menschen mit einer ADHS oft auch ausgesprochen gut in der Lage, sich zu konzentrieren: Sind sie von einer Sache begeistert, werden diejenigen neuronalen Netzwerke, welche die Aufmerksamkeitssysteme steuern, von aussen stimuliert. Die neuronale Aktivität wird unter stimulierenden Bedingungen für eine gewisse Zeit auf den Normalzustand angehoben, was – leider nur kurzfristig – zu einem regulären Funktionieren der Aufmerksamkeits- und Selbststeuerungssysteme führt.

Multitasking, Stress

Bedingt durch die neurologischen Gegebenheiten und ihre lebensgeschichtlichen Erfahrungen haben ADHS-Betroffene oftmals auch Mühe beim Verarbeiten und in Übereinstimmung bringen von widersprüchlichen Umwelterfahrungen. Die Reizoffenheit sowie die erhöhten Multitasking-Kompetenzen machen stimmiges und einheitliches Selbst- und Umwelterleben an sich schon schwierig. Allen Reizen und (auch den widersprüchlichen) Anforderungssituationen wird im 1:1-Modus gefolgt: Jedes Detail, jeder Teilaspekt und jede Assoziation kann unerbittlich die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Das Denken erfolgt zudem oft mehrkanalig und gegenwartsbezogen.

Menschen mit einer ADHS agieren und reagieren demzufolge oftmals wie Gefangene des Augenblicks.

Auf mehreren Kanälen treffen innere und äussere Reize gleichzeitig im Gehirn ein und können, bedingt durch die eingeschränkten inhibitorischen Funktionen (Inhibition = Hemmung), nur ungenügend selektiert und verarbeitet werden. Die Wachsamkeit ist erhöht und jeder Reiz, jeder Gedanke, jede Erinnerung, jedes Geräusch erscheint der betroffenen Person als wichtig. Die Gedanken beginnen zu springen und hüpfen. Nichts darf verpasst werden. Der dadurch hervorgerufene mentale Stress erzeugt und fördert Ablenkbarkeit und Zerstreutheit und verstärkt Schlaflosigkeit, Gedankenrasen, Grübeleien, Sorgen und das Grundgefühl der Irritation. Schliesslich kann das Wahrgenommene, bedingt durch die Reizüberflutung, nur selten adäquat verarbeitet werden. Folgen können sein: Desorientierung, Verwirrung, Unwirklichkeits- und Überforderungsgefühle, kurze Panikattacken oder Verzweiflung. Auch Problemlösefertigkeiten sind deshalb in der Regel nur geringfügig ausgeprägt: Das schnelle Überflutetwerden durch parallel eintreffende und in der Weitwinkeloptik als immer gleich gross erscheinende Problempakete, lässt selbst kleine Probleme schnell einmal unbewältigbar gross erscheinen.

Selbst- und Fremdeinschätzung

Die Reizoffenheit und die von der Weitwinkeloptik beeinflusste Wahrnehmung bewirken auch, dass viele ADHS-Betroffene oftmals grosse Mühe bekunden, andere Menschen, Situationen in der Umwelt, aber auch sich selbst adäquat einzuschätzen. Es könnte schliesslich immer auch anders sein. Keiner Einzel-Wahrnehmung kann wirklich vertraut werden. Was gilt, wenn mehrere Gefühle gleichzeitig auftreten? Was ist echt? Was nicht? So gehört das Gefühl des Selbstzweifels bei vielen ADHS-Betroffenen zum dominierenden Grundaffekt.

Die Weitwinkeloptik und die damit verbundene Reizüberflutung bringen es zudem mit sich, dass der Realitätsbezug der oft

parallel erfolgenden Wahrnehmungen nicht immer überprüft werden kann. Alle Gedanken und alle dadurch ausgelösten Gefühle erscheinen evident: Sie werden alle als gleichwertig wahrgenommen. Kaum wird ein Aspekt eines Gedankenganges berührt, schon springt die Aufmerksamkeit auf andere, scheinbar gleichberechtigte (da gleich gross und gleich wichtig erscheinende) Teilaspekte. Was stimmt nun? Wer hat Recht? Was gilt? Woran kann ich mich halten? Was ist wahr? Was nicht? Dieses mentale Hypern (eine spezielle Form einer Denkstörung), von welchem viele ADHS-Betroffene berichten, sowie die damit verbundene Beschleunigung des Denkens, fördern Verunsicherung, Selbstzweifel, Erschöpfbarkeit, Irritation und Angstbereitschaft.

Wenn sich alles zuspitzt

Die übersteigerte Reizwahrnehmung und die durch sie ausgelösten Affekte können Betroffene hochgradig erregen, vermögen einige fast zur Verzweiflung zu bringen und können sie in Einzelfällen psychisch bis zum Zusammenbruch destabilisieren. Nicht selten sind selbstverletzende Handlungen die Folge. Der dadurch ausgelöste Schmerz kann zu einer kurzzeitigen Beruhigung / Entschärfung dieses subjektiv unerträglichen inneren Erregungszustands führen. Selbstverletzungen haben einen stimulierenden Effekt, sie vermögen die kognitiven und emotionalen Funktionen für eine gewisse Zeit wieder zu normalisieren. Ist die Desorientierung gross und der Erregungszustand hoch, können sogenannte dissoziative oder Trance-ähnliche-Zustände entstehen, in welchen die Betroffenen das Gefühl haben, aus ihrem Körper oder aus der Wirklichkeit herauszutreten (Depersonalisation, Derealisation). In der Folge kann es zu psychotisch anmutenden Zuständen kommen, oft kombiniert mit grossem Reizhunger und Impulsivität.

Entscheidungsschwierigkeiten

Immer wieder werden im Zusammenhang mit der Mehrkanaligkeit auch Klagen über hartnäckige Entscheidungsschwierigkeiten ge-

nannt. Ambivalenz liegt ADHS-Betroffenen grundsätzlich näher als entspanntes Denken in stimmigen Zusammenhängen. Das Widersprüchliche entspricht viel eher ihrem Multitasking-Denken. Der rote Faden hingegen bleibt oft unerkannt und unbegriffen. Menschen mit einer ADHS wirken und fühlen daher häufig recht verwirrt und bekunden meistens grosse Mühe, sich selbst oder den eigenen Lebenszusammenhang als Ganzes zu sehen und zu erleben. Im Vordergrund stehen Zweifel, das Erinnern von tausend Details und Erlebnissen und die oft hilflosen Versuche des Verarbeitens der vielen Misserfolge, Blossstellungen und Kränkungen. Probleme in der Selbstbeurteilung beziehungsweise in der adäquaten Selbsteinschätzung können dann manifest werden, wenn die Filter- und Hemmfunktionen des Gehirns der betreffenden Person ADHS-bedingt und situationsabhängig erheblich eingeschränkt und gestört sind. Vor allem Menschen, welche infolge einer ADHS auch eine Angststörung entwickelten, nehmen durch ihre Weitwinkeloptik oftmals viel zu viel wahr. In der ängstlichen Stimmung wird nun die Umgebung, aber auch der eigene Körper, regelrecht nach Gefahrensignalen abgescannt. Gerade bei ADHS-Betroffenen mit einer ängstlich-hypochondrischen Selbstbeobachtung wird dieses Zuviel an Input offensichtlich. Komplexe Wahrnehmungsinhalte und Gedanken können durch die Filterschwäche so diffus und verschwommen sein, dass die betreffende Person die eintreffenden Informationen gar nicht mehr ausfiltern, sortieren und angemessen auswerten kann. Festzuhalten bleibt aber, dass viele Menschen mit einer ADHS trotzdem sehr gute Selbst- und Fremdbeobachter sein können. Entscheidend ist ja, wie das Gehirn die eintreffenden Informationen verarbeitet. Vielen gelingt es, ihre Wahrnehmungen (auch über sich selbst) angemessen auszuwerten und identitätsstiftend zu integrieren. Die mit der Reizoffenheit verbundene Sensibilität kann Intuition und Empathie sogar fördern.

Vertuschen

Ein instabiles Selbstwertgefühl bei Menschen mit einer ADHS kommt auch deswegen zustande, weil die betroffenen Personen ihre kognitiven Defizite kompensieren beziehungsweise vertuschen müssen, um im sozialen Kontext nicht noch mehr aufzufallen: Immer wieder müssen sie zu Notlügen greifen oder sie erfinden etwas, um nicht aufzufallen. So berichtete eine ADHS-Patientin, dass sie sich jeweils den ersten wichtigen Begriff eines Dialogs besonders gut einprägt, um nicht in eine peinliche Situation zu geraten, falls sie in zu langen Gesprächspassagen des Gegenübers den Faden verliert. So kann sie jeweils den Anschein aufrechterhalten, einem Gespräch gut folgen zu können. ADHS-Betroffene sind oftmals Weltmeister im Schummeln. Dank ihrer Intelligenz sowie ihrem manchmal oft fotografisch guten Gedächtnis können sie mit der Hilfe von Schummelzetteln viele bedrohliche Situationen in der Schule oder in der Ausbildung entschärfen. Trotzdem: Die meisten ADHS-Betroffenen leiden unter ihren Notlügen und den Schummeleien. Das schlechte Gewissen plagt sie. Tief in ihrem Inneren denken viele, sie seien im Grunde genommen Versager/-innen oder Hochstapler/-innen und hätten das Erreichte gar nicht wirklich verdient. Ihre Leistungen erleben sie als unecht, was insoweit durchaus adäquat sein kann, da viele ADHS-Betroffene beruflich nie ein Niveau erreichen, welches ihrem Potenzial entsprechen würde. Übrig bleiben Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen.

Beziehungsverhalten

Auch im Beziehungsbereich zeigen sich die negativen Folgen der Mehrkanaligkeit auf das Selbstwertgefühl: ADHS-Betroffene suchen nämlich oft viel Nähe und Halt bei ihren Bezugspersonen. Das Gegenüber soll helfen, die eigene Orientierungslosigkeit zu kompensieren. Das Beziehungsverhalten von Menschen mit einer ADHS erscheint mutet oftmals symbiotisch an: Viele Kinder mit einer ADHS können sich kaum von ihren Müttern trennen. Der Besuch eines Kindergartens stellt für viele von ihnen eine traumatisierende Erfah-

rung dar. Der Trennungsschmerz ist für sie unerträglich. Alleine zu sein heisst für diese Kinder, die Orientierung und damit sich selbst zu verlieren. Es handelt sich in diesen Fällen also nicht um gewöhnliche Trennungsängste, sondern um Folgen ADHS-bedingter Wahrnehmungsstörungen.

Erwachsene Menschen mit einer ADHS erwarten oft absolute Offenheit in der Zweierbeziehung. Durch ihr bedrängendes und impulsives Verhalten erfahren sie jedoch auch Zurückweisungen und Verletzungen. Auch zeigen sie Mühe beim sich Abgrenzen und beim Nein-Sagen-können. Das niedrige Selbstwertgefühl zeigt sich auch in der verstärkten Neigung zu Eifersucht, unter welcher viele ADHS-Betroffene leiden. Durch die Mehrkanaligkeit ist in der Regel auch die Empfindsamkeit hoch. Betroffene erleben sich als leicht verletzbar, sie spüren oftmals auch die Schmerzen anderer und sind ausgesprochen intuitiv. Das kann auch Ängste auslösen. Viel zu vieles beziehen sie auf sich selbst. Sie sind schnell beleidigt und eingeschnappt. Alles in allem: Sie haben nicht selten das Gefühl, in ihrer Beziehung alles falsch zu machen und erleben sich mehrheitlich als beziehungsunfähig.

Im Hier und Jetzt

Das Herausbilden von Selbstwertgefühl und Ichbewusstsein setzt auch voraus, dass man sich an identitätsstiftende Erlebnisse in der eigenen Biografie erinnern kann. Der Effekt des sich Erinnerns und des Widererkennens ermöglicht es, dass Menschen sich in einem zeitlichen Kontinuum erleben und lokalisieren können und um ihre eigene Geschichte wissen: Es zählen nicht nur die Gegenwart, sondern auch die Vergangenheit und die Zukunft. Erst das Wissen um diese drei Dimensionen und die daraus resultierenden Gefühle machen Menschen ein Stück weit immun und unabhängig gegenüber den Wirren des Alltags.

Menschen mit ausgeprägten ADHS-Symptomen sind dem gegenüber übermässig stark verhaftet in der Gegenwart. Da ihr Ich-Gefühl aufgrund der starken Stimulusgebundenheit, der Vergesslich-

keit sowie der vielen negativen Erfahrungen nur mangelhaft ausgebildet ist, können sich viele ADHS-Betroffene innerlich nicht an ein ausreichend starkes inneres Selbst anlehnen. Sie finden in sich selbst keine Seelennahrung. Die Reizoffenheit beziehungsweise die Mehrkanaligkeit bringen es mit sich, dass für das aktuelle Befinden primär der Augenblick und die Gegenwart zählen. Gefühle von Identität und Selbstbewusstsein bleiben deswegen so instabil, weil sie beinahe täglich neu gebildet werden müssen: Erfolgserlebnisse vermögen kurzfristig die Stimmung zu heben, Enttäuschungen können diese blitzschnell wieder in den Keller sausen lassen.

Menschen mit einer ausgeprägten ADHS leben vorwiegend im Hier und Jetzt. Sie sind deswegen selbst durch jene Erlebnisse verletzbar, welche von anderen Menschen viel leichter weggesteckt werden können. In der klinischen Praxis kann in diesem Zusammenhang immer wieder beobachtet werden, dass sie sich primär an negative und traumatisierende Erlebnisse erinnern. Nur massive Erlebnisse – leider meistens negativer Art – vermögen bei ihnen Spuren im Gedächtnis zu hinterlassen. Fatalerweise sind es dann in erster Linie diese schmerzhaften Erinnerungen, welche das Grundgerüst des (negativen) Selbstbildes bilden.

Resistent zu sein gegen die alltäglichen Widrigkeiten des Lebens erfordert auch, sich in einem ausgewogen positiven Sinnzusammenhang in die Zukunft projizieren zu können. Auch dies fällt vielen Menschen mit einer ADHS ausgesprochen schwer. Ursachen dafür sind nicht nur die vielen Entmutigungen, sondern auch das ADHS-bedingte kognitive Unvermögen, sich in Ruhe solche vernünftig-optimistischen zukunftsbezogenen Szenarien vorstellen zu können. Dies erklärt auch, dass die Zukunft für viele Menschen mit einer ADHS – sofern sie subjektiv überhaupt evident ist und ins Auge gefasst werden kann – meistens mit Angst und Sorgen besetzt ist. Das Eingebundensein im Hier und Jetzt kann immer wieder zu unangenehmen Situationen und Peinlichkeiten führen. Die Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sind mitunter erheblich. Solche Erfahrungen bewirken nämlich, dass die Grundannahmen vieler ADHS-

Betroffener, etwa grundsätzlich fehl am Platz zu sein, immer wieder aufs Neue bestätigt werden. Immer wieder erleben sie sich als unfähig, als Versager/-in, als sprunghaft, als unzuverlässig, als inkonsequent und als unecht. Auch diese Erfahrungen können Selbstvorwürfe, Dissoziationen und Depressionen auslösen.

Folgen der zu hohen Impulsivität auf das Selbstwertgefühl

Auch die Folgen der Impulsivität können sich negativ auf das Selbstbild auswirken: Viele ADHS-Betroffene leiden darunter, dass sie immer wieder ins Fettnäpfchen treten, was zu Scham- und Schuldgefühlen führt. Ferner sind bei vielen erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit Geld zu beobachten. Störungen der Impulskontrolle, welche zum Beispiel bei emotionalen Ausbrüchen, in Essstörungen, bei Suchtstörungen (Spielsucht) oder bei vorsätzlichen Selbstverletzungen evident werden können, zeigen sich auch im Umgang mit Geld. Hinzu kommt, dass es ADHS-Betroffenen oft ausgesprochen schwer fällt, mit den Ressourcen haushälterisch umzugehen. Viele leben seelisch und materiell buchstäblich von der Hand in den Mund. Die eingeschränkten Planungsfunktionen und die unzureichende Verhaltensregulation können sich in diesen Bereichen besonders störend bemerkbar machen. Viele Menschen mit einer ADHS klagen denn auch über anhaltende Existenzängste. Es fehlen das mehrheitlich stabile Gefühl von Sicherheit sowie die materiellen Grundlagen: Der impulsive und unstetige Lebensvollzug verhindert oft nicht nur ein reguläres Einkommen, sondern auch das Auskommen mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln. Andere wiederum sind beinahe zwanghaft bemüht, ihr inneres Chaos zu kompensieren, indem sie übermässig sparsam sind und ein äusserst spartanisches Leben führen.

Als eines der wesentlichen Kennzeichen der ADHS gilt eine mangelhafte Selbststeuerung. Nicht nur Kindern mit einer ADHS fällt es oft schwer, ihr eigenes Verhalten zu steuern. Auch erwachsene Betroffene bekunden oft grosse Mühe, wenn es darum geht, das eigene Verhalten, beispielsweise durch Selbstanweisungen, adäquat

zu regulieren. An handlungsbegleitenden kognitiven Prüfprozessen (beispielweise das Überdenken eines beabsichtigter Spontankaufes) fehlt es meistens.

Depressive Reaktionen

Ein stabiles Ich-Erleben setzt weiter voraus, dass Menschen auch emotional mehr oder weniger folgerichtig und stimmig funktionieren. Falls die ADHS einen starken negativen Einfluss auf den Lebensvollzug eines Menschen hat, führt dies regelmässig in eine Affektlabilität. Da die Kognitionen, welche den Emotionen vorausgehen, ADHS-bedingt hüpfen, unkoordiniert und oft spontan ablaufen, sind diese ausgesprochen situationsabhängig. Dies bedeutet unter anderem, dass kleinste Veränderungen in der Umwelt grössere emotionale Wellen aufwerfen können. Das daraufhin folgende Gefühl basiert dann erstens auf der Bewertung des aktuell Vorgefallen und zweitens auf dem im Lauf des Lebens zu Grundannahmen geronnenen Selbst- und Weltbild. Dass es bei der ADHS neben den depressiven Reaktionen aber gehäuft auch zu primären Depressionen im Sinne einer echten Komorbidität kommen kann, ist bekannt.

Aktivitätsregulation

Menschen mit einer ADHS zeigen nie ein durchschnittlich normales und ausgewogenes Aktivitäts-, Motivations- oder Energieniveau. Sie sind entweder über- oder untererregt. Ursache ist eine syndromtypisch mangelhafte zentrale Aktivitätsregulation: Der Aktivierungspegel ist bei Interesse hoch, bei fehlender Stimulation hingegen über ein normales Mass hinaus niedrig. Diese Menschen sind daher leicht erregbar, können aber ebenso zu missmutigen Stimmungslagen, Antriebslosigkeit oder zu Startverzögerungen neigen. Kennzeichnend ist in vielen Fällen eine ausgesprochene Stimmungslabilität. Im Gegensatz zu depressiven Störungen sind diese Stimmungsschwankungen jedoch stark stimulusgebunden und weniger stark von anhaltenden Selbstvorwürfen begleitet. Anders als bei echten Depressionen ist auch der zeitliche Verlauf: ADHS-bedingte depressive Verstim-

mungen dauern in der Regel nur kurz an. Die Stimmung kann sich oftmals schnell wieder verbessern und die Betroffenen sind ausgelassen und fröhlich. Dieses Auf und Ab im Emotionalen, welches manchmal an eine Zyklothymia (psychische Störung, welche durch eine dauerhafte Instabilität der Stimmung gekennzeichnet ist) erinnert, ist aber oftmals nicht nur für die Betroffenen eine Belastung. Auch die Angehörigen werden durch diese Stimmungsschwankungen irritiert und wissen dann nicht, woran sie beim Gegenüber gerade sind. Schnell kann dies in ausgeprägte Beziehungskonflikte münden.

Strategien von ADHS-Mädchen

In der psychotherapeutischen Praxis kann immer wieder festgestellt werden, dass ADHS-Betroffene versuchen, ihre kognitiven Defizite zu kompensieren. Sie leiden ja nicht an einem Motivations- sondern einem Umsetzungsdefizit. Gerade Mädchen neigen während der Schulzeit dazu, die Störungen der Aufmerksamkeitsfunktionen mit besonders eifrigem Lernverhalten wettzumachen. Vor lauter Angst, etwas zu vergessen, zu verpassen oder zu überhören und dann dumm dazustehen, lernen diese Mädchen oftmals übertrieben intensiv. Das ausgeprägte visuelle Gedächtnis vieler Menschen mit einer ADHS ermöglicht es ihnen, vom Gesehenen ein fotografisches Abbild zu erzeugen. Sie geben dann an, auswendig zu lernen. Dieser Vorgang ist natürlich sehr anstrengend, störungsanfällig und absorbiert das Kind in hohem Masse. Diese Lernmethode scheitert meist spätestens beim Eintritt ins Gymnasium. Intelligente Kinder vermögen die ADHS-bedingten Defizite lange zu kompensieren. Spätestens wenn die Anforderungen in der Schule steigen, kommen die Konzentrationsstörungen schmerzhaft zum Tragen. Durch das zeitliche Zusammentreffen mit der Pubertät kann so eine Problemkarriere ihren Anfang nehmen. Diese Kinder wissen dann überhaupt nicht mehr, wer sie eigentlich sind. In der Grundschule galten sie als leistungsfähig und intelligent und nun erfolgt plötzlich ein Einbruch der Leistungen. Die damit einhergehende Irritation und Kränkung ist häufig so

gross, dass der Griff zu Suchtmitteln oder anderen stimulierenden Aktionen (zum Beispiel Delinquenz) vorgezeichnet erscheint.

Zwänge

In der psychotherapeutischen Praxis können bei ADHS-Betroffenen immer wieder auch atypische Bilder von Zwangsstörungen beobachtet werden. Atypisch deswegen, weil die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen nicht oder nicht immer an die sonst obligaten Angstgefühle gekoppelt sind, der Zwang also nicht der Angstvermeidung gilt. ADHS-Betroffene können meistens ohne grosse Mühe von diesen zwanghaft anmutenden Handlungen absehen, ohne dass dies in ihnen Ängste reaktiviert. Die Ursachen liegen wo anders: Die ADHS-bedingten kognitiven Defizite erzeugen in vielen Menschen ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Sicherheit. Durch den Versuch, Ordnung und Struktur in der Lebensführung und im Alltag zu schaffen und aufrecht zu erhalten, können sich auch zwanghafte Charakterzüge entwickeln. Es kommt nicht selten vor, dass im Laufe des Lebens ein Wechsel von einem impulsiven und chaotischen Leben hin zu einer überangepassten und zwanghaften Lebensführung erfolgt.

Familiäre Häufung

Klinische Erfahrungen und epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass es sich bei der ADHS um eine familiär gehäuft auftretende Erkrankung handelt. Das bedeutet, dass ein oder beide Elternteile an einer ADHS leiden können. Dies kann zur Folge haben, dass der elterliche Erziehungsstil widersprüchlich war (oder ist). Väter und Mütter mit einer ADHS fühlen sich leicht überfordert, sind oft ungeduldig und inkonsequent. Kinder von ADHS-Eltern haben es deshalb häufig schwer, auch wenn sie selbst keine ADHS haben, denn es fehlt ihnen vielfach an einem formal stabilen Bezugsrahmen. Meinen eigenen Beobachtungen zufolge kommt es aber in Familien mit ADHS-Eltern nur sehr selten zu elementaren Bindungsstörungen. Die Unruhe bleibt oberflächlich, tief im Innen spürt das Kind, dass

die Mutter es innigst liebt, selbst wenn diese ihrer Impulsivität und der Überforderung wegen oft ungeduldig, unwirsch oder kurz angebunden reagiert.

Dennoch: Durch das oftmals unstimmige Erziehungs- und Beziehungsverhalten der Eltern können die Kinder ihre Wahrnehmungen nicht kontinuierlich an Konsequenzen und Gefühle binden. Das kann negative Gedanken, Fantasien und Ängste begünstigen, da Kinder ihre Kognitionen dann nur schwer an Realität überprüfen können. Es entsteht gelegentlich ein Nebeneinander von Sprache, Beziehungserleben und Emotionen. Eltern mit einer ausgeprägten und schlecht kompensierten ADHS sind ihren Kindern auch bezüglich Identität und Selbstwerterleben nicht immer ein gutes Vorbild. Dies heisst natürlich nicht, das Mütter oder Väter mit einer ADHS prinzipiell schlechte Eltern sind: Sie erziehen ihre Kinder so gut oder so schlecht wie andere auch.

Psychotherapie

In der Psychotherapie lernen Menschen mit einer ADHS, ihre Zerstreutheit und Widersprüchlichkeit anzuerkennen. Das Aufarbeiten der eigenen Geschichte ermöglicht es ihnen, sich neu kennen und verstehen zu lernen. Ferner werden in einem psychotherapeutischen Prozess fehlende Kompetenzen in zwischenmenschlichen Bereichen eingeübt. Sollten komorbide Störungen vorliegen (beispielsweise Depressionen oder Angsterkrankungen), so werden auch diese Probleme spezifisch behandelt. Psychotherapie bei der ADHS hat immer zum Ziel, ADHS-Betroffene zu befähigen, ihre Selbstwahrnehmung und Selbststeuerung zu optimieren. Dazu können verhaltenstherapeutische Methoden, aber auch Techniken aus der kognitiven Psychotherapie Anwendung finden. Durch den Mangel an Identitätsgefühl haben Betroffene oftmals eine überhöhte Vorstellung von Ganzheit und psychischer Gesundheit. Jeder Zwiespalt, jedes Gefühl von Ambivalenz und jeder Zweifel lösen als Signale bei den Betroffenen tief sitzende existenzielle Ängste aus. Von daher können Menschen

mit einer ADHS in einer Psychotherapie lernen, sich selbst trotz Widersprüchlichkeiten annehmen und lieben zu lernen.

Reicht nicht einfach der „Ritalin-Test“? Zur Diagnostik der ADHS bei Kindern und Jugendlichen – Hintergrundinformationen und praktische Empfehlungen

Piero Rossi mit Susanne Bürgi. Erschienen in ELPOST 36/2008.

Einleitung

In den letzten Jahren hat sich das Wissen um die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zunehmend verbreitet: Internetplattformen, Lehrerfortbildungen, Medienberichte, Ärzte-Fachtagungen sowie Ratgeberbücher haben wesentlich dazu beigetragen, dass bei Verhaltens- und Lernproblemen von Kindern heute auch eine ADHS in Betracht gezogen wird.

Was aber konkret tun, wenn man in einem Zeitschriften- oder Internetartikel Verhaltensauffälligkeiten des eigenen Kindes treffend beschrieben wiederfindet und nun wissen möchte, ob bei der Tochter oder dem Sohn eine ADHS vorliegt oder nicht? Wie vorgehen, wenn die Kindergärtnerin, der Klassenlehrer oder eine Nachbarin Sie darauf hinweist, dass beim eigenen Kind eine ADHS vorliegen könnte?

Zahlreiche Fachbücher, Patientenratgeber, Websites und Zeitschriftenartikel befassen sich intensiv mit Fragen zur Therapie der ADHS. Die meisten Publikationen setzen eine korrekte Diagnostik und ADHS-Diagnose als selbstverständlich gegeben voraus. Nach Detailinformationen zum diagnostischen Vorgehen suchen Eltern, die bei ihrem Kind (oder bei sich selbst) eine ADHS vermuten, in Ratgeberbüchern meistens vergebens.

Im Folgenden werden wir gestützt auf den aktuellen Wissensstand sowie unter Berücksichtigung von eigenen und langjährigen Erfahrungen zusammentragen, was Eltern wissen und veranlassen müssen, um herauszufinden, was mit ihrem Kind los ist und wie ihm am besten geholfen werden kann.

Das Wichtigste: Verantwortung übernehmen

Mit dem Internetzeitalter entwickelt sich auch bezüglich Medizin, Psychologie und Gesundheit in zunehmendem Masse ein Konsumentenbewusstsein: Verschreibt uns die Hausärztin ein Medikament gegen – nehmen wir einmal an – zu hohen Blutdruck, recherchieren wir darüber im Internet oder konsultieren Ratgeberbücher. Und vor Operationen oder bei empfohlenem Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern bemühen wir uns um eine fachliche Zweitmeinung. Konsumentinnen und Konsumenten von medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Dienstleistungen bietet sich heute somit mehr denn je die Möglichkeit, Wissen um die eigene Therapie und damit Verantwortung auch für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Auch beim Wissen über Ursachen, Diagnostik und Therapie der ADHS handelt es sich ja nicht um Elemente einer Geheimwissenschaft, welche nur den Doktoren oder anderen Fachpersonen vorbehalten bleibt. Im Gegenteil: Auch das Wissen um die ADHS ist heute allen Interessierten frei zugänglich. Niemand muss Psychologie oder Medizin studiert haben, um nachvollziehen zu können, was eine ADHS ist, wie sie entsteht, wie sie formal korrekt diagnostiziert und nach den Regeln der Kunst behandelt werden kann. Ein grosser Teil der Ratgeberliteratur und viele Internetseiten zur ADHS sind heute wissenschaftlich so fundiert, dass selbst Fachpersonen populärwissenschaftliche Bücher und Websites als Informationsquelle mit beiziehen.

Bauchgefühl und gesunder Menschenverstand in der Diagnostik

Neben dem Wissen, welches sich Eltern aneignen können, ist es wichtig, auch den eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen zu trauen. Halten Sie sich vor Augen, dass die ganze Evolution des Menschen es nicht ermöglicht hätte, dass wir diese Zeilen geschrieben haben und Sie sie jetzt lesen, wenn Mütter nicht instinktiv richtig gehandelt hätten. Gerade diese Fähigkeit von Müttern, spontan richtig zu handeln, ist nicht zu unterschätzen. Zugegeben: Psychologinnen, Pädagogen und Psychiater/-innen mögen viel wissen und verstehen. Das

aber kann nie all das ersetzen, was eine Mutter in ihrem Innern spürt und was sie an ihrem Kind wahrnimmt. Da sind wir uns sicher. Sehr vieles, was wir bei unserer täglichen Arbeit bis jetzt über die ADHS wirklich verstanden haben, wissen wir von Müttern betroffener Kinder.

Glauben oder Wissen

Den Eltern unserer jungen Patientinnen und Patienten raten wir jeweils: Glauben Sie niemandem, auch uns nicht! Wir sind schliesslich nicht in der Kirche, sondern in einer Praxis. Nein, Medizin und Psychologie sind Wissenschaften. Das bedeutet zwar in keiner Weise, dass man sich heute alles wissenschaftlich erklären kann und auf alle Fragen zu menschlichen Daseinsweisen Antworten parat hat. Es heisst aber unter anderem doch, dass die meisten Methoden und Erklärungsversuche der Psychologie und der Medizin wissenschaftlich begründet und überprüfbar sein müssen. Sie dürfen also bei Interesse Ihren Arzt ruhig fragen, woher er weiss, dass Stimulanzien in der Regel gut verträglich sind. Und fragen Sie auch die Psychotherapeutin Ihres Kindes, wieso sie mit einem ADHS-Buben ausgerechnet eine Sandspieltherapie und nicht eine andere Behandlung durchführen will. Fachpersonen stützen ihr diagnostisches und therapeutisches Handeln auf den aktuellen Stand der Forschung ab und sind auf Anfrage hin gerne bereit, dieses zu begründen und zu belegen.

Also: Je mehr Sie selbst wissen, was die ADHS ist beziehungsweise was nicht und je klarer Ihnen wird, wie Ihr Kind untersucht und behandelt werden soll, umso aktiver können Sie diesen Prozess begleiten und mitgestalten. Immerhin: Liegt eine ADHS vor, so ist ja in vielen Fällen neben anderen therapeutischen und pädagogischen Massnahmen auch eine medikamentöse Therapie angezeigt. Mitzudenken und Verantwortung übernehmen könnte sich dann besonders lohnen.

Was bedeutet eigentlich Diagnostik?

Um Übersicht über die Fülle der Beschwerden, Symptome, Vorerkrankungen, Befunde und psychosozialen Rahmenbedingungen eines Patienten oder einer Patientin gewinnen zu können, benötigen ärztliche und psychologische Fachpersonen Diagnosen. Der Begriff Diagnose stammt aus dem Griechischen und meint wörtlich übersetzt Durchforschung im Sinne von Unterscheidung oder Entscheidung („dia“ = durch und „gnósi“ = die Erkenntnis, das Urteil). In der Medizin und der Psychologie bedeutet Diagnose also Entscheidung im Sinne einer möglichst genauen Zuordnung von Symptomen, diagnostischen Zeichen und Befunden zu einer oder mehreren diagnostischen Kategorien beziehungsweise zu Krankheitsbegriffen. Die Methoden der Diagnosefindung nennt man Diagnostik. Sie stellt für jede Ärztin und jeden Psychologen ein unverzichtbares Handwerkszeug dar und dient der sorgfältigen Planung und Überprüfung jeder Therapie. Zur Diagnosefindung zählen unter anderem Untersuchungsgespräche, das Erheben der Vorgeschichte und der Familienkrankengeschichte sowie die Analytik (zum Beispiel neuropsychologische Tests, Labor, EEG oder sogenannte bildgebende Verfahren).

Diagnostik = ganzheitliches Erfassen

Im Gegensatz zu einem unkomplizierten Beinbruch sind psychische Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen, zu denen auch die ADHS zählt, meistens vielschichtig und komplex. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, verlangen die heute weltweit gebräuchlichen und anerkannten Diagnostiksysteme (DSM-IV, ICD-10) eine sogenannte multiaxiale Perspektive. Dabei soll jede Patientin und jeder Patient auf folgenden fünf Achsen beurteilt werden: aktuelle klinische Problematik, umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenzniveau, körperliche Symptomatik, psychosoziale Umstände sowie psychosoziales Anpassungsniveau (wie gut kommt das Kind mit den äusseren Anforderungen zurecht). Diese multiaxiale Sichtweise stellt eine realistischere und ganzheitlichere Erfassung der Problematik sicher, als es bei der alleinigen Beschränkung auf das klinisch im

Vordergrund Liegende möglich wäre. Der Einsatz dieser Diagnostiksysteme senkt das Risiko, dass eine ADHS zwar richtig diagnostiziert, weniger offensichtliche, aber trotzdem behandlungsbedürftige Störungen hingegen übersehen werden (beispielsweise eine Rechtschreibstörung, psychische Folgen einer sich im Hintergrund abspielenden Kampfscheidung der Eltern, pathologisch hoher Konsum von Bildschirmmedien oder Mobbing in der Schule). Alle diese Faktoren sind diagnostisch hoch relevant und können für das Wohlsein und die Genesung von Kindern mit ADHS von entscheidender therapeutischer Relevanz sein.

Welche Erklärungen sonst noch in Frage kommen könnten

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass ADHS-typische Symptome auch bei anderen psychischen Problemen, Erkrankungen und Belastungsfaktoren auftreten können, verlangt das oben erwähnte diagnostische Klassifikationssystem DSM-IV zur Diagnosestellung einer ADHS im Kriterium E zwingend die Berücksichtigung von sogenannten Differenzialdiagnosen (auch im Diagnostiksystem ICD-10 der WHO spielt dieser Aspekt eine wichtige Rolle). Als Differenzialdiagnose (in Untersuchungsberichten übrigens oft abgekürzt mit DD) bezeichnet man auch in der Psychiatrie die Gesamtheit aller Diagnosen, die neben der Hauptdiagnose als mögliche Erklärungen für ein Symptom (Krankheitszeichen) oder eine Kombination mehrerer Symptome dienen könnten. Gemeint sind damit also andere denkbare Störungsbilder mit ähnlicher Symptomatik. Bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS müssen im diagnostischen Prozess also alle anderen Erklärungsmöglichkeiten von Aufmerksamkeitsproblemen, von Hyperaktivität und Impulsivität systematisch ausgeschlossen werden.

Dazu gehören ohne Anspruch auf Vollständigkeit und in unsystematischer Reihenfolge: Schlafstörungen, Störung des Sozialverhaltens, Depressionen, Raumverarbeitungsstörungen, familiäre Spannungen, schulische Überforderung, Merkfähigkeitsstörungen, Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom, Wahrnehmungsstörungen,

Lese- und Rechtschreibstörung, Hochbegabung, Perfektionismus, Lernbehinderung, juvenile Schizophrenie, Eisen-, Magnesium- und andere Mangelzustände, Epilepsie, Angststörungen, Dyskalkulie, übermässiger Konsum von Bildschirmmedien, Fragiles-X-Syndrom, Hypersensibilität, nonverbale Lernstörungen, Hirnerschütterungen und andere Hirnverletzungen, posttraumatische Belastungsstörung, Vergiftungen, Stoffwechselstörungen, oppositionelle Verhaltensstörungen, Online- und PC-Game-Sucht, Mobbing, Cannabis-, Lösungsmittel- und Alkoholkonsum, zu hohe Erwartungen der Eltern, emotionale Vernachlässigung, neurologische oder genetische Syndrome, (sexuelle) Gewalterfahrungen sowie Störungen aus dem autistischen Spektrum.

Flöhe und Läuse: Diagnostik von Begleiterkrankungen

Erschwert wird die Diagnostik der ADHS durch den Umstand, dass zahlreiche der oben aufgeführten Beschwerden, Erkrankungen und Diagnosen einer ADHS nicht nur täuschend ähnlich sein, sondern auch gemeinsam mit ihr auftreten können. Fachpersonen sprechen in diesem Zusammenhang von sogenannt komorbiden Störungen, welche bei Vorliegen einer ADHS-Hauptdiagnose in rund 80 Prozent diagnostiziert werden können.

Eine ADHS kommt bekanntlich selten alleine. Eine gründliche Diagnostik ist also schon deshalb unerlässlich, da neben körperlichen oder psychosozialen Belastungsfaktoren immer auch andere, gleichrangige Erkrankungen vorliegen können. Im klinischen Alltag sollten sich Fachpersonen angesichts der nachweislich hohen Auftretenshäufigkeit der ADHS bei Kindern mit Depressionen, Angstproblemen oder Lernstörungen daher immer auch die Frage stellen, ob im Hintergrund der Problematik nicht vielleicht eine ADHS stehen könnte. Aber Achtung! Das Gleiche gilt natürlich auch umgekehrt: Konzentrationsprobleme können auch Anzeichen von Angstproblemen, Mobbing, Depressionen, Beziehungsproblemen oder etwa Folgen von überhöhten elterlichen Erwartungen an das Kind darstellen. Vor allem Fachpersonen, die sich erst seit kurzem mit dem Stö-

rungsbild der ADHS befassen und noch nicht wissen, dass Aufmerksamkeitsstörungen häufig auftretende Begleitsymptome vieler Erkrankungen sind, neigen dazu, Aufmerksamkeitsprobleme kurzerhand mit der ADHS zu verwechseln. Eine Diagnostik bei ADHS-Verdacht muss nicht in erster Linie nachweisen, ob, sondern warum Aufmerksamkeits- und Impulsregulationsstörungen vorliegen. Da schliesslich bei Vorliegen einer ADHS in vielen Fällen unter anderem eine medikamentöse Therapie angezeigt ist, ist nicht zuletzt schon deswegen eine korrekte diagnostische Beurteilung von hoher Bedeutung.

Muss das alles so kompliziert sein?

Der Umstand, dass es sich bei ADHS um ein facettenreiches Störungsbild handelt, dass andere psychische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen oder psychosoziale Belastungen ähnliche Symptome erzeugen können und dass schliesslich die ADHS mit anderen, therapeutisch ebenfalls relevanten Problemen einhergehen kann, verleiht einer zuverlässigen Diagnose besonders grosses Gewicht. Aber muss das denn alles so kompliziert sein, werden Sie sich vielleicht fragen. Die Antwort lautet: ja und nein.

Ja, es muss!

Man kann es drehen und wenden wie man will: Im Vergleich zu sehr vielen anderen Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter sind die Hauptsymptome der ADHS für sich gesehen wenig charakteristisch. Bezüglich der Kernsymptomatik gibt es sehr viele Überlappungen zu anderen psychischen Störungen, Teilleistungsstörungen und psychosozialen Belastungsreaktionen. Bei Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Depressionen und erst recht bei Störungen aus dem autistischen Spektrum umreissen die Leitsymptome den Kern dieser Störungen viel genauer als bei der ADHS. Konkret: Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Fachperson beispielsweise bei einer Angststörung die richtige Diagnose stellt, ist nur schon durch die Einzigartigkeit der Kern-

symptome von Angsterkrankungen sehr viel höher als bei der ADHS mit seiner unspezifischen Symptomvielfalt. Ja, das Störungsbild der ADHS, so wie es heute in den Klassifikationssystemen der DSM-IV und der ICD-10 konzipiert wird, ist sehr facettenreich. Denken wir nur einmal daran, wie stark sich in Schule und Familienalltag der sogenannt unaufmerksame vom hyperaktiven Typus der ADHS unterscheidet und wie verschieden sich die ADHS bei Mädchen und Buben, bei Männern und Frauen entwickeln kann: Hier das stille, übermässig verträumte, vergessliche, hypoaktive und ängstliche Mädchen mit der „langen Leitung". Dort der laute, hyperaktive, provozierende, motorisch ungeschickte und überall aneckende ADHS-Knabe. Und da schliesslich der erwachsene ADHS-Betroffene, der chronische Temposünder und Adrenalin-Junkie mit ständigem Stellen- und Partnerwechsel, welcher immer Neues anreisst, vielen Vieles verspricht, kaum etwas zu Ende bringt, sich chronisch verspätet und unter seinem Ruf der Unzuverlässigkeit seelisch zerbricht.

Bei der ADHS haben wir es leider nicht mit einem Syndrom zu tun, welches durch ein weitgehend identisches Muster von Symptomen gekennzeichnet ist. Im Gegenteil: Die ADHS ist charakterisiert durch eine grosse Kombinationsmöglichkeit verschiedenster Symptome. Auch hinsichtlich des Krankheitsverlaufes zeichnet sich die ADHS als nicht besonders charakteristisch aus: Ein typischer Krankheitsverlauf, wie wir ihn etwa bei Angststörungen, Depressionen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum her kennen, kennen wir bei der AHDS nicht.

Nein, muss es nicht!

Die Frage war: Muss das alles so kompliziert sein? Der zweite Teil der Antwort lautet: nein. Und zwar weil es im Rahmen einer fachgerecht durchgeführten Diagnostik zum Alltag eines jeden Arztes und einer jeden Psychologin gehört, aus der komplexen und komplizierten Vielfalt und Vielschichtigkeit der je individuell vorliegenden Probleme eines Menschen eine einfache und übersichtliche diagnos-

tische Auslegeordnung zu gewinnen. Diagnosen sind höchstens falsch oder unvollständig, aber nie kompliziert.

Wozu eine langwierige Diagnostik? Reicht nicht der „Ritalin-Test“?

Leider verfügen wir bis heute über kein diagnostisches Verfahren, welches Fachpersonen ermöglicht, unkompliziert und ausreichend zuverlässig eine ADHS festzustellen oder auszuschliessen, wie dies etwa ein Schwangerschaftstest ermöglicht. Zwar weist ein positives Ansprechen auf Stimulanzien darauf hin, dass möglicherweise eine ADHS vorliegt. Als Test eignet sich ein medikamentöser Behandlungsversuch indes nicht. Nicht alle ADHS-Betroffenen sprechen auf Stimulanzien an: Rund 20 Prozent gelten als sogenannte Non-Responder. Aber selbst wenn alle ADHS-Patientinnen und -Patienten auf diese Medikamente ansprechen würden, könnte man mit diesem „Test“ keine allfällig vorliegenden und möglicherweise therapierelevanten Begleitprobleme erfassen. Deswegen: Ritalin-Test – nein danke!

Wie eine Abklärungsmöglichkeit finden?

Laut Erfahrung vieler Eltern führt der direkteste Weg zu Abklärungsstellen (Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste usw.) über Selbsthilfeverbände (in der Schweiz die ELPOS): Gestützt auf Rückmeldungen von anderen Eltern können die Regionalstellen über bewährte Abklärungsmöglichkeiten informieren. Das ist sehr viel wert und kann dem Kind und den Eltern viele Umwege und viel Leid ersparen. Parallel dazu sollte immer auch die Kinderärztin beziehungsweise der Kinderarzt angefragt werden. In der Schweiz sind zahlreiche Pädiaterinnen und Pädiater auf diesem Gebiet gut qualifiziert und führen bei ADHS-Verdacht selbst Abklärungen durch.

Als problematisch erwies sich dabei in einigen Fällen, dass von Kinderärztinnen und Kinderärzten eine ADHS zwar korrekt erkannt und behandelt wurde, therapeutisch relevante Begleitprobleme

aber übersehen wurden (zum Beispiel familiäre Probleme, Teilleistungsstörungen, andere psychische Erkrankungen des Kindesalters). Daneben sind es in erster Linie Kinderpsychiater/-innen sowie klinische Psychologinnen und Psychologen, welche sich mit diesen Fragestellungen befassen. Bei diesen zwei Berufsgruppen erwies es sich in der Vergangenheit teilweise als problematisch, dass noch nicht alle Kolleginnen und Kollegen auf dem aktuellen Stand der Forschung sind: So kommt es heute immer noch vor, dass die ADHS-Problematik ausschliesslich unter einer systemischen oder psychodynamischen Perspektive (gemeint sind traditionelle Psychotherapieschulen) betrachtet und als Ausdruck von Bindungsstörungen oder elterlichen Beziehungsproblemen konzipiert wird, wobei die neurobiologischen Aspekte gänzlich ausgeblendet werden. Auch das Fachwissen über die Möglichkeiten und Risiken einer ADHS-Therapie mit Stimulanzien ist noch nicht allen Fachpersonen gewärtig. Bei den Schulpsychologinnen und Schulpsychologen schliesslich ist es so, dass diese Berufsgruppe sich primär mit gesunden Kindern mit Schulproblemen und nicht mit klinischen, psychopathologischen Fragestellungen befassen. Für ADHS-Abklärungen sind Schulpsychologinnen und Schulpsychologen meistens nicht ausgebildet und nicht ausgerüstet. Letztlich nützt aber alle Fachkompetenz wenig, wenn Sie sich als Mutter und Vater von der Fachperson zu wenig ernst genommen und menschlich nicht verstanden fühlen.

Praxistipps: Diagnostik-Checkliste (nicht nur) für Eltern

Aus den bisherigen Ausführungen wurde klar, dass es sich bei ADHS um ein komplexes Störungsbild handelt, deren Diagnostik selbst für viele Fachpersonen eine besondere Herausforderung darstellt. Die folgende Checkliste soll Eltern Anhaltspunkte liefern, worauf im Verlauf einer Abklärung alles geachtet werden soll. Ziel ist, dass am Ende einer Abklärung Entscheidungsgrundlagen vorliegen, welche es Eltern ermöglichen sollen, die ihnen unterbreiteten Diagnosen und therapeutischen Massnahmen kompetent beurteilen zu können.

Qualifikation der Diagnostikerin / des Diagnostikers

Ja, die Fachperson ist für diese Abklärung hinreichend qualifiziert.

Begründung: Um eine ADHS genügend sicher von anderen Störungsbildern abgrenzen zu können, welche eine ähnliche Symptomatik aufweisen, sind eine ärztliche oder psychologische Grundausbildung, ein breites Fachwissen sowie Berufserfahrung bezüglich der Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, der Entwicklungspsychologie und im Speziellen zum Thema der ADHS unerlässlich. Haben Sie keine Hemmungen, die Psychologin oder den Arzt nach seinem Wissen über und seinen Erfahrungen mit der ADHS und ähnlichen psychiatrischen, entwicklungspsychologischen oder neuromotorischen Störungsbildern zu fragen. Immerhin: Es geht nicht um eine Autoreparatur, sondern um Ihr Kind.

Diagnostische Transparenz

Ja, die Fachperson erklärt uns beim Erstkontakt, was genau auf das Kind und uns Eltern zukommt, wie die Untersuchung im Einzelnen abläuft, wieso diese Schritte erforderlich sind und was von einer Abklärung erwartet werden kann.

Begründung: Je besser die Eltern über den Untersuchungsablauf informiert werden, umso einfacher ist es für sie, mitzudenken und Verantwortung zu übernehmen. Schliesslich benötigen Eltern Entscheidungsgrundlagen, um sich für oder gegen eine Abklärung beziehungsweise für oder gegen eine Therapie zu entscheiden. Selbst wenn der Problemdruck gross ist, sollten sich die Eltern Zeit lassen und für die Untersuchung gegebenenfalls noch einen zweiten Fachmann oder eine zweite Fachfrau konsultieren. Ausserdem: Kinder arbeiten in der Diagnostik (und später auch in der Therapie) sehr viel motivierter mit, wenn sie spüren, dass die Eltern Bescheid wissen und voll hinter einer geplanten Abklärung stehen.

Genügend Zeit

Ja, die Fachperson nimmt sich für uns und die gründliche Untersuchung des Kindes genügend Zeit.
Begründung: Eine Untersuchung eines Kindes mit Verdacht auf Vorliegen einer ADHS umfasst je nach Alter normalerweise ein ca. dreiviertel bis einstündiges Untersuchungsgespräch sowie eine mehrstündige neuropsychologische Standortbestimmung.

Doppelspurigkeiten vermeiden
Ja, die Fachperson erkundigt sich, ob und wenn ja wo unser Kind zurzeit sonst noch untersucht wird oder in Behandlung steht.
Begründung: Doppelspurigkeiten sollen vermieden werden. Wurde ein Kind beispielsweise kürzlich neurologisch, ergotherapeutisch oder schulpsychologisch untersucht, wird die Fachperson – ausgerüstet mit einer Vollmacht der Eltern – bei der betreffenden Fachstelle die relevanten Informationen einbestellen und diese bei der Untersuchungsplanung mit einbeziehen.

So wenig wie möglich, so viel wie nötig
Ja, bei der Abklärung meines Kindes wird wirklich nur das Nötigste gemacht. Alle diagnostischen Schritte sind von therapeutischer Relevanz.
Begründung: Kinder mit Verhaltens- und Lernproblemen sind bereits im Schul- und Familienalltag hohen Belastungen ausgesetzt. Das gilt im Speziellen auch für die Bezugspersonen dieser Kinder. Bei allen medizinischen und psychologischen Untersuchungen gilt immer der Grundsatz: So wenig wie möglich, so viel wie nötig. Es macht einfach keinen Sinn, Untersuchungsschritte durchzuführen, welchen keine therapeutische Relevanz zukommt.

Anerkannte Untersuchungsmethoden
Ja, die bei meinem Kind angewandten Untersuchungsmethoden sind wissenschaftlich überprüft und nachweislich zur Diagnose beziehungsweise zum Ausschluss einer ADHS und anderer Störungen,

welche einer ADHS ähnlich sind, geeignet. Unsere Fragen hierzu werden ernst genommen und in Ruhe beantwortet.
Begründung: Allen Patientinnen und Patienten steht das Recht zu, nach allen Regeln der medizinischen und psychologischen Kunst untersucht und behandelt werden. Von den Untersuchungsresultaten hängt enorm viel ab: Es geht nicht nur um die Frage eines allfälligen Einsatzes von Psychopharmaka, sondern generell um das Wiedererlangen von Wohlsein, schulischem Erfolg und elterlicher Anerkennung. Vielen ist nicht bekannt, dass der in der Schweiz bekannteste POS-Untersuchungsgang nach Dr. Ruf nie nach wissenschaftlichen und testpsychologischen Kriterien überprüft und normiert wurde. Trotzdem haben die Resultate dieser Testreihe oft weitreichende – positive wie negative – therapeutische und versicherungsrechtliche Konsequenzen.

Bescheidenheit
Ja, die Fachperson wies uns darauf hin, dass es keinen Test oder keine Testreihe gibt, welche eine sichere ADHS-Diagnostik erlaubt.
Begründung: Psychologische Tests dienen in erster Linie dem Ausschluss anderer Störungen, welche zu ADHS-ähnlichen Problemen in Schule und Alltag führen. Es existiert bis heute also kein eigentlicher ADHS-Test. Entscheidend ist, wie sich die Problematik seit der frühen Kindheit entwickelte, wie sie sich gegenwärtig zeigt und in welchem Ausmass ein Kind durch diese Probleme behindert wird sich zu entfalten. Als zentrales Beurteilungsinstrument dienen den Fachpersonen die oben erwähnten wissenschaftlich abgestützten diagnostischen Manuale.

Neuropsychologische Untersuchung
Ja, bei der Fachperson (oder via Überweisung an einen Spezialisten oder eine Spezialistin) erfolgt auch eine neuropsychologische Untersuchung.
Begründung: Eine neuropsychologische Untersuchung erlaubt eine zuverlässige Beurteilung der Frage, ob den Verhaltens- und Schul-

problemen eines Kindes primär (Entwicklungs-) Störungen der visuellen, auditiven oder sozialen Wahrnehmung, der Gedächtnisfunktionen oder etwa des räumlichen Vorstellungs- und Umsetzvermögens zugrunde liegen. Diese Funktionsstörungen, aber auch die Lese- und Rechtschreibstörung oder die nonverbale Lernstörung (NLD), können sich im Alltag ganz ähnlich einer ADHS zeigen und damit eine ADHS vortäuschen. Mit einer neuropsychologischen Untersuchung sollen also nicht nur allfällige Konzentrationsschwächen, sondern auch andere neuropsychologisch relevante Funktionsstörungen erfasst werden. Dies ist für ein ganzheitliches und wirksames Therapiekonzept relevant, selbst wenn es sich bei diesen Faktoren nicht um das Hauptproblem handeln sollte. Unerkannte oder unbehandelte Teilleistungsstörungen können nämlich auch bei gesicherter ADHS-Diagnose den Therapieverlauf massgeblich behindern.
Merke: Ohne eine neuropsychologische Untersuchung, welche andere neurokognitive Ursachen der Aufmerksamkeitsprobleme ausschliesst, ist zum heutigen Zeitpunkt eine zuverlässige ADHS-Diagnostik nicht möglich.

Keine pfannenfertigen Diagnosen
Ja, die Fachperson wies uns beim Erstgespräch darauf hin, dass nicht immer pfannenfertige Diagnosen gestellt werden können und dass es vor allem darauf ankommt, begründete Entscheidungsgrundlagen für möglichst effiziente Therapie- und Fördermassnahmen zu gewinnen.
Begründung: Nicht immer passen Entwicklung und Beschwerdebild eines Menschen in die Raster der diagnostischen Klassifikationssysteme. Und immer wieder kann es vorkommen, dass eine Untersuchung mehr Fragen aufwirft, als beantwortet werden können (das gilt vor allem bei intelligenten Kindern). Schliesslich leidet niemand unter einer Diagnose, sondern unter seinen je individuellen Problemen, die es zu beschreiben, zu verstehen, zu klassifizieren und schliesslich zu behandeln gilt. Auch von der stimmigsten Diagnose

wurde noch niemand gesund. Entscheidend sind die damit begründbaren Therapie- und Fördermassnahmen.

Sorgfältige Anamnese
Ja, auch nach Auffälligkeiten in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt, im Säuglings- und Kleinkindalter und schliesslich in der Vor- und Schulzeit werden wir befragt.
Begründung: Bei Verdacht auf ADHS ist es besonders wichtig, dass die ganze Lebens- und Krankengeschichte eines Kindes sorgfältig erhoben wird. Dadurch können Hinweise auf typische ADHS-Charakteristika, aber auch auf andere Ursachen oder wichtige Begleitprobleme erfasst werden. Liegt eine ADHS vor, zieht sich die Kernproblematik spätestens ab dem Kindergartenalter wie ein roter Faden durch das ganze Leben der oder des Betroffenen und führt dazu, dass diese massgeblich ausgebremst werden, sich ihrem Charakter und ihren Begabungen entsprechend entwickeln zu können.

Familienanamnese
Ja, wir werden auch nach Krankheiten und/oder psychischen Problemen bei uns Eltern, den Geschwistern und bei anderen Blutsverwandten befragt.
Begründung: Gemäss aktuellem Wissensstand sind die ADHS und mit ihr auch zahlreiche andere psychische Störungen genetisch bedingt. In den meisten Fällen sind Vater, Mutter, Geschwister oder andere nahe Verwandte mehr oder weniger stark von einer ADHS betroffen. Ist dies nicht der Fall, muss besonders aufmerksam eruiert werden, ob es sich tatsächlich um eine ADHS handelt. Steht beim Kind beispielsweise eine ausgeprägte emotionale Instabilität im Vordergrund des Beschwerdebildes, können Depressionen oder manisch-depressive Erkrankungen bei Blutsverwandten diagnostisch relevant sein. Wichtig ist das Erheben der Familienkrankengeschichte auch deshalb, weil es im Rahmen einer Therapieplanung wichtig sein kann, auch ein allfällig betroffenes Elternteil oder ein Geschwisterkind einer Abklärung und Behandlung zuzuführen.

Einbezug der Lehrkräfte

Ja, auch das Umfeld meines Kindes wird in den diagnostischen Prozess einbezogen. Die Lehrkraft wird eingeladen, einen Bericht über das Lern- und Sozialverhalten des Kindes zu schreiben und einen standardisierten Fragebogen auszufüllen.

Begründung: Ohne Berücksichtigung von Informationen über den Schul- und Familienalltag ist es einer Fachperson nicht möglich, bei ADHS-Verdacht eine abschliessende diagnostische Beurteilung vorzunehmen. Die diagnostischen Kriterien der ADHS sehen nämlich unter anderem vor, dass syndromtypische Verhaltensprobleme, welche die Entwicklung des Kindes behindern, zwingend in mindestens zwei Lebensbereichen, sprich in der Schule und daheim, auftreten müssen. Trifft dies nicht zu kann und darf die Diagnose einer ADHS nicht gestellt werden. Trotzdem: auch in der Schweiz kommt es immer noch vor, dass sich eine diagnostische Beurteilung alleine auf die in der Untersuchung gewonnenen (Test-) Befunde abstützt.

Andere Ursachen berücksichtigen

Ja, die Fachperson, die unser Kind abklären wird, weiss, dass auch Ängste und andere psychische und psychosoziale Probleme Verhaltensauffälligkeiten und Symptome erzeugen können, die einer ADHS zum Verwechseln ähnlich sehen.

Begründung: Auch bei begründetem Verdacht auf ADHS muss eine Untersuchung gewährleisten, dass mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass den Konzentrations- und Impulsregulationsproblemen andere Ursachen zugrunde liegen. Die diagnostischen Leitlinien der DSM-IV sehen zwingend vor, dass eine ADHS-Diagnose nur gestellt werden darf, wenn alle anderen möglichen Ursachen systematisch ausgeschlossen wurden. So kann beispielsweise auch ein zu hoher Bildschirmkonsum Konzentrations-, Lern- und Verhaltensstörungen erzeugen. Auch Schlafstörungen können im Schulalltag zu Konzentrationsschwächen und zu auffälligem Verhalten führen.

Körperliche Untersuchung

Ja, uns wird empfohlen, auch somatische Ursachen für Konzentrationsprobleme und/oder Hyperaktivität/Impulsivität auszuschliessen.

Begründung: Mangelzustände (insbesondere Eisen, aber auch Magnesium) oder Stoffwechselstörungen (Schilddrüse) und andere Erkrankungen können ADHS-ähnliche Beschwerden auslösen. Und: Wurde auch das Seh- und Hörvermögen des Kindes geprüft?

Wo liegen die Stärken des Kindes?

Ja, die Fachperson versucht auch herauszufinden, wo die Stärken und Ressourcen unseres Kindes liegen.

Begründung: Das ist besonders für die Therapieplanung wichtig. Ohne das Wissen um die Ressourcen eines Kindes ist es nicht möglich, eine massgeschneiderte Therapie- und Förderplanung auszuarbeiten.

Warum diese und keine andere Therapie?

Ja, die Fachperson erklärt uns bei der Besprechung der Befunde und der Therapieplanung verständlich, worauf sich die diagnostische Beurteilung abstützt und wieso genau diese und keine anderen Therapiemassnahmen angezeigt sind.

Begründung: Diagnosen werden nicht einfach aus dem Bauch heraus gestellt. Nein, für die ADHS etwa existieren seit vielen Jahren international und wissenschaftlich abgestützte diagnostische Kriterien (unter anderem von der WHO) sowie Standards bezüglich des diagnostischen Prozesses. Leider sind diese bewährten Leitlinien noch nicht allen Fachpersonen vertraut. Und schliesslich: Erklärt uns die Fachperson auch, was bei der Untersuchung unklar blieb oder welche neuen Fragen durch die Abklärungen aufgeworfen wurden? Und sagt uns die Fachperson, wie sicher sie sich bei der diagnostischen Beurteilung ist? Erklärt sie, welche anderen Faktoren möglicherweise mit eine Rolle spielen könnten?

Untersuchungsbericht
Ja, wir erhalten im Anschluss an die Untersuchung einen für uns verständlichen Untersuchungsbericht, in welchem die Befunde, die Diagnosen und die vorgeschlagenen Massnahmen für uns nachvollziehbar zusammengefasst werden.
Begründung: Nicht immer reicht der Ärztin oder dem Psychologen die Zeit, um mit den Eltern alle Untersuchungsresultate detailliert besprechen zu können. Hinzu kommt, dass bei der Besprechung der Befunde oft so viele Informationen auf die Eltern einprasseln, dass diese froh sind, alle Befunde und Empfehlungen später noch einmal in Ruhe durchlesen und überdenken zu können. Ausserdem: Nicht in allen Fällen führt die Abklärung in einem ersten Anlauf schon zu einer zufriedenstellenden Erklärung der Probleme des Kindes oder zu überzeugenden Therapievorschlägen. In diesen Fällen steht es allen Eltern zu, die Fachperson mit den Vorbehalten und offenen Fragen zu konfrontieren. Erfolgt keine Klärung, kann bei einer anderen Fachperson eine Zweitmeinung eingeholt werden. Jede seriöse Psychologin und jeder seriöse Arzt wird den Wunsch der Eltern nach einer Zweitmeinung unterstützen. Speziell in diesen Fällen, aber natürlich auch zwecks Dokumentation der Befunde, ist ein ausführlicher Untersuchungsbericht unerlässlich.

Schweiz: Anspruchsvoraussetzungen zur Anerkennung der IV erfüllt?
Ja, die Fachperson erklärt uns, was es mit einer POS-Diagnose auf sich hat. Wir werden darüber informiert, ob unser Kind die Kriterien erfüllt, welche eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung rechtfertigen.
Begründung: Bei einer rechtzeitigen Abklärung und Therapiebeginn (vor dem neunten Lebensjahr) und erfüllten Rahmenbedingungen (Nachweis von Störungen des Verhaltens, des Antriebs, des Erfassens, der Konzentrations- und der Merkfähigkeit) kann die Invalidenversicherung (rückwirkend auch nach dem neunten Lebensjahr)

das Vorliegen eines sogenannten Geburtsgebrechens anerkennen und die anfallenden Behandlungskosten übernehmen.

Verlaufsdiagnostik

Die treffendste Diagnostik und der ausgeklügeltste Therapieplan nutzen wenig, wenn die eingeleitete Behandlung nicht periodisch auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und gegebenenfalls angepasst wird. So obliegt es der Fachperson, welche ihr Kind nach der ausführlichen Untersuchung nun psychotherapeutisch und/oder medikamentös behandelt, es während der Behandlung regelmässig in der Sprechstunde zu sehen. Auch bei den Eltern und den Lehrkräften müssen periodisch Rückmeldungen eingeholt werden, weil nur so überprüft werden kann, ob die Entwicklung des Kindes im grünen Bereich verläuft. Bei Kindern mit einer ADHS, welche medikamentös behandelt werden, sind in den ersten zwei Monaten Konsultationen im Abstand von vierzehn Tagen üblich. Viele Fachpersonen stehen den Eltern aber auch zwischen den Konsultationen telefonisch oder per Mail zur Verfügung. Je nach Behandlungsplan sowie bei gutem Verlauf sind später längere Abstände vorgesehen. Ausserdem kann es bei komplexen und widersprüchlichen Eingangsbefunden immer einmal wieder vorkommen, dass die Fachperson eine abschliessende diagnostische Beurteilung von Verlaufsuntersuchungen abhängig machen wird.

Zusammenfassung

Eine gründliche Diagnostik ist die Voraussetzung jeder ernsthaften Therapie. Sie erfasst das Kind als Ganzes in seinem psychosozialen Umfeld und ermöglicht die Planung von individuell zugeschnittenen therapeutischen Massnahmen. Eine fachgerecht durchgeführte Diagnostik kann dem betroffenen Kind (und seiner Familie) viele Umwege und viel Leiden ersparen. Je mehr Eltern über die ADHS, ihre Ursachen, Erkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten wissen, umso besser können sie ihr Kind bei den Abklärungs- und Therapiemassnahmen konstruktiv begleiten.

(K)ein Fall von ADHS – Differenzialdiagnostik der ADHS

Piero Rossi. Referat gehalten am JUVEMUS-Symposium 2003 in Koblenz (D).

Zusammenfassung
Das Krankheitsbild der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Behandlung, sondern bereits in der Phase der Diagnostik vor grosse Herausforderungen. Die hohe therapeutische Relevanz einer zuverlässigen Diagnostik ergibt sich unter anderem aus dem Umstand, dass bei Vorliegen einer ADHS in vielen Fällen auch bei Kindern eine Therapie mit Psychopharmaka indiziert ist. Erschwerend in der Diagnostik ist die Tatsache, dass die Kernsymptome der ADHS bei verschiedenen anderen psychischen und psychoorganischen Erkrankungen, bei Teilleistungsstörungen und in psychosozialen Stresssituationen auftreten können. Gezeigt wird, dass der Differenzialdiagnostik der ADHS generell ein hoher Stellenwert zukommt. Dabei muss die Frage nach anderen möglichen Ursachen vor allem auch auf der Ebene von neuropsychologisch erfassbaren Funktionsstörungen gestellt werden. Dargelegt wird schliesslich, warum ohne neuropsychologische Abklärung das zwingend zu beurteilende Ausschluss-Kriterium E des DSM-IV und damit – und das ist die Kernaussage meiner Ausführungen – das mögliche Vorliegen einer ADHS nicht wirklich beurteilbar ist.

Einleitung

In den letzten dreieinhalb Jahren haben wir rund 400 Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Verdacht auf ADHS systematisch untersucht. Neben dem Erfassen der aktuellen Beschwerden, dem sorgfältigen Erheben der Krankengeschichte sowie weiterer diagnostischer Schritte führen wir als Teil des diagnostischen Prozesses auch testpsychologische Abklärungen durch. Eine statistische Auswertung dieser Untersuchungen kann ich Ihnen heute noch nicht präsentieren.

Tatsache ADHS

Dieses Symposium steht unter dem Motto „Tatsache ADHS“. Leider wird die Tatsache ADHS von einigen Kreisen immer wieder negiert, als Modeerkrankung abgetan oder als Phänomen einer „Schnellfeuer-Kultur“ verharmlost. Bücher mit der Stossrichtung wie dasjenige mit dem Titel „Das Märchen vom ADHS-Kind“ sind leider keine Seltenheit. Mit meinen Ausführungen will ich einen Beitrag zur Untermauerung der „Tatsache ADHS“ leisten. Eine sorgfältige Diagnostik (und damit eine Abgrenzung zu anderen Störungen, aber auch zu einer Normvariante unaufmerksamen und überaktiven Verhaltens) ist einer der zentralen Bausteine hierfür. Folgenden Fragen werde ich nachgehen: Welchen Stellenwert haben psychologische Tests in der Diagnostik der ADHS? Braucht es diese Tests überhaupt? Wenn ja, wieso eigentlich? Mit meinem Referat will ich aufzeigen, dass bei ADHS-Verdacht zum Ausschluss anderer Ursachen auf eine neuropsychologische Untersuchung nicht verzichtet werden kann. Ohne diesen diagnostischen Zwischenschritt ist es nicht möglich, eine ADHS zu diagnostizieren.

In den letzten Jahren habe ich in meiner Arbeit eindrücklich erfahren können, was es für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen bedeuten kann, wenn eine ADHS nicht erkannt oder nicht fachgerecht behandelt wird. Etwa ein Drittel unserer Patientinnen und Patienten hat eine Odyssee von verschiedensten Abklärungen und im Prinzip wirkungs- und erfolglosen Therapien hinter sich. Auch Eltern müssen dabei vieles einstecken. Es sind nicht nur die strafenden Blicke der andern im Supermarkt, wenn der Kleine wieder einmal so richtig ausrastet. Ich denke auch an die Tatsache, dass in vielen Familientherapien den Eltern von Kindern mit einer ADHS immer und immer wieder zu verstehen gegeben wird, dass sie selbst im Grunde genommen die Ursache des Problems darstellen. Die neurobiologischen Hintergründe der ADHS, um die man schon seit Jahren weiss, werden dabei systematisch ausgeblendet.

Will es nicht oder kann es nicht?

Wir leben auf einem Kontinent, dessen Problemlöse-Denken massgeblich durch die Psychoanalyse, die Individualpsychologie und die sich im letzten Jahrhundert daraus entwickelnden psychologischen Strömungen geprägt wurde. Wenn ein Kind Verhaltens- oder Lernprobleme hat, sich bei den Hausaufgaben verweigert, immer wieder zu spät kommt, überschiessende und ungesteuert wirkende Reaktionen zeigt, Versprechungen nicht einlöst, chronisch vergesslich ist, sich nichts sagen lässt oder übermässig unbeherrscht ist, so fragen wir uns meistens ganz automatisch: Was will es uns damit sagen? Oder: Was will es mit seinem Verhalten bezwecken? Wir konzipieren heute Verhaltensstörungen und andere seelische Probleme ganz automatisch und fast ausschliesslich als motivationale, emotionale oder zwischenmenschliche Konflikte. Auf die Idee, dass ein Kind nicht nicht will, sondern nicht kann, selbst wenn es will, kommen Eltern, Psychologen und Ärztinnen auch heute oft noch viel zu spät. Zu spät, weil das Selbstwertgefühl derjenigen Kinder, welche nicht können und nicht nicht wollen, nach fünf, sechs oder mehr Jahren negativen Beziehungs-, Lern- und Schulerfahrungen oftmals bereits elementar gestört ist.

Viele psychologische Strömungen und Therapieschulen lassen die Tatsache ausser Acht, dass nicht nur die Psyche, sondern auch das Gehirn bei der Konzeptualisierung psychischer Störungen mitbedacht werden muss. Das Gehirn des Kindes durchläuft nicht immer eine störungsfreie Entwicklung. Gerade die systemischen Ansätze sprechen von ganzheitlichem und vernetztem Denken, klammern dabei aber das Gehirn aus.

Viele therapieerschöpfte Patientinnen und Patienten und ihre Familien erleben sich nach ihrer Abklärungs- und Behandlungs-Odyssee als schuldig und unheilbar krank. Sie verlieren dabei nicht nur den Glauben an sich selbst, sondern auch an die Therapien der psychologischen und ärztlichen Fachpersonen. In ihrer Verzweiflung wenden sich einige von ihnen esoterischen Heiler/-innen, Psychogruppen oder Sekten zu, die sich mit geschäftstüchtigem Schüren der

Ritalin-Angst, Algenprodukten, Zaubertröpfchen und anderen Wundermitteln eine goldene Nase verdienen.

Tatsache: Keine ADHS

In unserer Praxis führen wir unter anderem konsiliarische, also beratende Untersuchungen für psychiatrische Dienste, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen durch. Bei etwa einem Drittel der uns auf diesem Wege zugewiesenen Patientinnen und Patienten handelt es sich um sogenannt schwierige oder therapieresistente Patientinnen und Patienten, welche weder auf eine medikamentöse Behandlung noch auf eine Psychotherapie ansprechen. In der Mehrzahl dieser Fälle lag das Problem darin begründet, dass die mit der medikamentösen Therapie gegebenen Möglichkeiten nicht wahrgenommen respektive nicht ausgeschöpft wurden.

In den letzten zwei Jahren wurde ich mit zunehmender Häufigkeit aber auch mit Patientinnen und Patienten konfrontiert, bei denen ich eine vormals gestellte ADHS-Diagnose nicht bestätigen konnte. Allein im letzten Jahr diagnostizierte ich bei drei angeblichen ADHS-Patienten ein Asperger-Syndrom, also eine Störung aus dem autistischen Formenkreis. Bei drei erwachsenen und ebenfalls als therapieresistent geltenden Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ADHS lag eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung vor. Frau Z. war eine dieser Patientinnen.

Beispiel Frau Z.

Ein Psychiater diagnostizierte bei Frau Z. eine ADHS und leitete daraufhin eine Therapie mit Stimulanzien ein, führte mit der Patientin eine Reihe therapeutischer Gespräche und überwies sie schliesslich an mich. Frau Z., arbeitslos seit über einem Jahr, arbeitete davor im Ressort Immobilien einer Grossbank. Ihre Aufgabe bestand darin, das Vermögen von wohlhabenden Kunden gewinnbringend in Immobiliengeschäften zu investieren. Weil sie immer weniger Umsatz erzielte und ihre Kunden zunehmend unzufriedener wurden, verlor sie schlussendlich ihre Stelle. Was ist geschehen?

Bei ihrer Kernaufgabe, den Immobiliengeschäften, schob die Patientin aus Angst vor Fehlentscheidungen Kaufs- und Verkaufsentscheidungen immer weiter hinaus. Sie surfte stattdessen im Internet, las dies und jenes und fand immer etwas, bei dem es sich für sie zu lohnen schien, sich noch mehr zu vertiefen. Es bestand ja die Möglichkeit, dass sie auf eine Information hätte stossen können, welche ihre Unsicherheit und ihre grosse Angst, Fehler zu begehen, verkleinerte. Der ständig an ihr nagende Zweifel, vielleicht doch eine Fehlentscheidung zu treffen, trieb sie dazu, sich immer mehr in Details zu vertiefen, ja zu verlieren. Dadurch verlor sie zunehmend Zeit und konnte im Laufe der Jahre ihrer Arbeit fast gar nicht mehr nachkommen, was schliesslich zur Kündigung ihrer Anstellung durch die Arbeitgeberin führte.

Seit der Jugend kannte Frau Z. diese grosse Angst vor Fehlern. In der Schule lernte sie oft bis zur Erschöpfung, da die Zweifel, ob sie auch wirklich genügend weiss um nicht zu versagen, damals schon chronisch an ihr nagten. Hintergrund war folgender: Ihre Eltern stammten aus Rom und wanderten in den 50er Jahren in die Schweiz ein. Sie arbeiteten beide als einzige ausländische Gastarbeiter in einer kleinen Textil-Fabrik. Frau Z. verbrachte als Kind ihre gesamte Freizeit mit Schweizer Kindern. Auch abends war sie häufig bei diesen Familien, da ihre Eltern nach der Arbeit noch bis spät in den Abend hinein zusätzlich alle Büros und Werkstätten reinigten. Frau Z. berichtete, sie habe die einfache und chaotische Lebensweise ihrer Eltern immer mehr verachtet. Ihren Vater beschrieb sie als unbeherrscht. Er habe nur das Geldsparen im Kopf gehabt, um möglichst bald nach Italien zurückkehren zu können. Ihre Mutter habe immer wieder schizophrene Schübe erlitten. In diesen Zeiten sei alles extrem chaotisch gewesen. Frau Z. wollte unbedingt so werden, wie ihre Schweizer Freundinnen. Sie wünschte nichts sehnlicher, als „normale“ Eltern zu haben und in einer aufgeräumten Wohnung zu leben und nicht in einem Dauerprovisorium.

Tief in ihre Seele eingegraben hat sich die Grundannahme „Du gehörst sowieso nicht dazu!“ Die Eltern und eine Kindergärtne-

rin hatten ihr oft genug eingebläut, dass sie eine einfache Italienerin sei – und bleibe. Diese Grundangst, eben doch nicht dazuzugehören, trieb Frau Z. an, sich mächtig ins Zeug zu legen. Als einziges Ausländermädchen in der weiteren Umgebung schaffte sie damals den Schritt ins Gymnasium. Von da an wurde ihr Leben beherrscht von der Angst, Fehler zu begehen. Fehler würden ja genau das bestätigen, was sie tief im Inneren von sich selbst dachte: Nämlich halt doch nur ein dummes und ungeschicktes Italienerchen zu sein, welches nie aus dem Chaos herausfinden und nie wirklich dazugehören würde.

Die chronische Angst vor Fehlentscheidungen ging bei Frau Z. einher mit einer übersteigerten Aufmerksamkeitsaktivierung für alles, was mit potenziellen Fehlern zu tun hatte. Ihr einziges Interesse galt dem Vermeiden von (Fehl-) Entscheidungen. Durch diese Fokussierung auf das Vermeiden von (potenziellen) Fehlern war Frau Z. einerseits sehr konzentriert, gleichzeitig aber den möglicherweise korrigierenden Umweltreizen gegenüber sehr unaufmerksam. Durch alle Einflüsse ausserhalb ihres engen Aufmerksamkeitsbereiches fühlte sie sich in ihrem Hauptbestreben, nämlich aufzupassen, dass ihr keine Fehler unterlaufen, sehr schnell irritiert und leicht abgelenkt. Jede Störung hätte ja eine Unachtsamkeit und damit ein erhöhtes Fehlerrisiko mit sich bringen können. Dieser Fokus bündelte das Aufmerksamkeitssystem von Frau Z. derart, dass sie als Folge im Alltag immer vergesslicher und zerstreuter wurde. Dies wiederum registrierte und alarmierte sie natürlich sofort, was sie nur noch mehr anstachelte, in ihrer beruflichen Tätigkeit noch gründlicher vorzugehen und sich das nächste Mal wirklich zu hundert Prozent abzusichern, bevor sie eine Immobilie oder einen Immobilienfonds kaufte oder verkaufte.

Als ihr Sohn wegen Schulproblemen abgeklärt und dabei über eine ADHS diskutiert wurde, erkannte sie sich in den Fragebögen wieder. Auch sie war furchtbar launisch, vergesslich, ablenkbar, unkonzentriert und unorganisiert. Endlich hatte sie die Erklärung dafür und brauchte nicht mehr zu befürchten, an einer beginnenden

Alzheimer-Krankheit erkrankt zu sein. Die Schulpsychologin überwies sie zum besagten Psychiater. Als Frau Z. zum ersten Mal in meine Sprechstunde kam, hatte sie die Medikamente von sich aus schon abgesetzt. Diese hätten sie furchtbar nervös gemacht, berichtete sie mir.

Frau Z. litt sicher nicht an einer ADHS. Ihre Erkrankung, eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung, kann bei Erwachsenen zu Symptomen führen, die von aussen gesehen einer ADHS sehr ähnlich ist. Meine Behandlung bestand in einer kognitiven Verhaltenstherapie, welche recht bald zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden führte. Frau Z. arbeitet heute wieder im Immobilienhandel und konnte ihre Probleme überwinden.

Falsch-positive ADHS-Diagnosen

Durch Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen weiss ich also auch, was es bedeuten kann, eine falsch-positive ADHS-Diagnose zu erhalten und mit Stimulanzien behandelt zu werden, obwohl gar keine ADHS vorliegt. Bei diesen vermeintlich therapieresistenten Patientinnen und Patienten stellen wir zum Teil auch fest, dass die fortbestehenden Probleme daher rühren, dass Depressionen, Ängste und Teilleistungsstörungen als Begleitumstände einer ADHS missdeutet wurden. Dabei handelt es sich oftmals um echte Begleiterkrankungen, also um sogenannt komorbide Störungen, die unbedingt einer gesonderten Behandlung bedürfen.

Diese Feststellung, aber natürlich auch das Beispiel der falsch-positiven ADHS-Diagnose bei Frau Z., darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Störungsbild der ADHS vor allem bei Jugendlichen und Erwachsenen heute noch viel zu selten diagnostiziert wird. Dafür sprechen unter anderem Studien über den Verbrauch von Medikamenten, welche bei der ADHS eingesetzt werden. Zwar hat sich der Absatz von Stimulanzien in den letzten Jahren vervielfacht. Dennoch weisen die pro Jahr verbrauchten Mengen (zumindest für die Schweiz) darauf hin, dass ganz offensichtlich immer noch viel zu

wenige Betroffene als ADHS-Patientinnen und -Patienten erkannt und fachgerecht behandelt werden.

Die hohe therapeutische Relevanz der Diagnostik

In den Mitteilungen der Veranstalter dieser Tagung hiess es, dass heute viele Eltern meinen Vortrag besuchen würden. Ich schliesse daher nicht aus, dass Sie in Ihrem Umfeld Menschen kennen, die von einer ADHS betroffen sind. Für Sie wird es nicht überraschend sein, wenn ich betone, dass bei Verdacht auf eine ADHS der zuverlässigen und exakten Diagnostik ein sehr hoher Stellenwert zukommt. Nur so nämlich können spezifisch wirksame Therapien empfohlen und eingeleitet werden. Immerhin geht es bei der Therapie von ADHS-Betroffenen in der Regel auch um den Einsatz von Psychopharmaka. Die Indikation, also die Behandlungsanzeige hierfür, sowie die (hoffentlich) vorausgehende Diagnostik bedingen speziell bei Kindern eine ganz besondere Sorgfaltspflicht.

Die hohe therapeutische Relevanz einer korrekten Diagnosestellung schafft verständlicherweise das Bedürfnis, die Diagnostik der ADHS abzusichern. Die Frage ist daher: Wie kann das gewährleistet werden? Vielleicht kann ein Test Klarheit bringen. Schliesslich ordnen einige Ärztinnen und Ärzte bei ADHS-Verdacht testpsychologische Abklärungen an. An diese Tests werden von Eltern, aber auch von Fachleuten, hohe Erwartungen gestellt: Ein Test soll eine diagnostische Vermutung absichern. Im Weiteren soll er eine eindeutige diagnostische Zuordnung ermöglichen und objektivere Grundlagen geben, um bezüglich Therapie die richtigen Entscheidungen zu fällen. Vermag ein ADHS-Test diese Erwartungen zu erfüllen? Und welche Testverfahren stehen zur Verfügung?

Wie Sie möglicherweise bereits wissen, hat die Erforschung der ADHS im Gehirn von betroffenen Menschen eine Reihe von neurobiologischen Besonderheiten aufgezeigt. Leider haben sich die bisherigen (molekularbiologischen und bildgebenden) Forschungsbefunde als nicht kennzeichnend genug erwiesen, um als diagnosti-

sches Kriterium Verwendung zu finden. Ein Gentest steht uns also noch nicht zur Verfügung.

Fragebogen und Symptom-Checklisten

In der Diagnostik der ADHS haben standardisierte Fragebögen und Symptom-Checklisten zu Recht einen zentralen Stellenwert. Mit ihrer Hilfe sollen Verhaltensauffälligkeiten im Alltag erfasst und vergleichbar gemacht werden. Als besonders zuverlässig haben sich diese Fragebögen jedoch nicht erwiesen. Untersuchungen haben ergeben, dass Beurteilungen über Dritte, welche mittels ADHS-Fragebögen erhoben werden, den Nachteil einer ungenügenden Übereinstimmung von Bewerter/-innen haben. Sie ermöglichen also kein zuverlässiges Abbild des Verhaltens der zu untersuchenden Person. Zudem wurde in weiteren Analysen nachgewiesen, dass ADHS-Merkmale in den Selbstbeurteilungs-Fragebögen für Erwachsene auch dann bejaht werden können, wenn man an einer anderen Grundproblematik leidet. Kritisch ist unter anderem auch, dass zurzeit für viele dieser Verfahren noch keine europäischen Normen vorliegen.

Bei Frau Z. soll gemäss der UTHA-Skala (WURS) und des Brown-Fragebogens höchstwahrscheinlich eine ADHS bestanden haben. Auch wenn die Testautoren in den Manuals darauf hinweisen, dass die Auswertungen dieser Fragebogentests keine Diagnosestellung erlauben, gilt ein positiver Testausfall im klinischen Alltag vieler Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzten halt doch als weiterer Beweis für das Vorliegen einer ADHS.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass standardisierte Fragebögen geeignete Instrumente darstellen, um Informationen über einen Patienten zu erhalten. Eine diagnostische Zuordnung ermöglichen sie indes nicht.

Schul- und neuropsychologische Tests

Übrig bleiben Testverfahren aus der Schul- und Neuropsychologie. Auch wenn sich die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen in

Europa der ADHS erst zögerlich annehmen, ändert das nichts daran, dass es sich bei diesem Syndrom um eine klassische neuropsychologische Störung handelt.

Die Neuropsychologie ist eine Spezialdisziplin der Psychologie. Sie befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen Gehirn und Verhalten. In der neuropsychologischen Diagnostik geht es um die Erfassung individueller Leistungsminderungen eines Menschen als Folge einer zerebralen Störung, zum Beispiel nach Krankheit, Unfall, Altersabbau oder eben einer ADHS. Sie erfasst also ein mögliches Defizit im Rahmen eines individuellen Leistungsprofils, welches aufgrund neuropsychologischer Theorie und Anwendungserfahrung mit hinlänglicher Sicherheit auf einer krankhaften organischen Veränderung des Gehirns basiert. Demgegenüber befasst sich die Schulpsychologie mit Lern-, Leistungs- und Verhaltensproblemen im schulischen Kontext. Die (unter anderem) von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen durchgeführten Tests sagen etwas darüber aus, wie gut oder schlecht die Leistungen der Testperson im Vergleich zu Gleichaltrigen sind.

Es wäre nun zu erwarten, dass die neuropsychologisch beschreibbaren Störungen, welche die ADHS im Kern ausmachen, mit neuro- oder schulpsychologischen Tests zuverlässig erfassbar sind. Doch es liegen diagnostische Stolpersteine auf dem Weg. Um die Hindernisse in der ADHS-Diagnostik erkennen und umgehen zu können, müssen wir uns noch einmal vor Augen führen, worum es sich bei diesem Syndrom eigentlich handelt.

Exkurs: Hintergründe der ADHS

Gemäss dem aktuellen Forschungsstand besteht das Kernproblem der ADHS in einer neurochemisch bedingten Schwäche der Hemmfunktionen des Gehirns. Forscher/-innen gehen heute davon aus, dass bei der ADHS bestimmte Nervenzellen nicht genügend aktiv untereinander kommunizieren. Dieser Mangel an neuronaler Aktivität betrifft ausgerechnet diejenigen Hirnfunktionen, welche im Normalfall flexibel die von aussen auf uns eintreffenden Reize filtern, dann

sortieren und schliesslich für eine angemessene emotionale und verhaltensbezogene Reaktion auf diese Reize sorgen. Eine Schwäche dieser Hemmfunktionen führt zu einer Überlastung der Informationsverarbeitung, der Verhaltenssteuerung und der inneren Impuls- und Gefühlsregulation. Dies zeigt sich im Alltag in ungesteuertem, hyperaktivem und impulsivem Verhalten sowie in Konzentrationsschwächen und dem Unvermögen, sich seinem Alter entsprechend zu organisieren.

Der bekannte amerikanische ADHS-Forscher Russel Barkley bezeichnete die ADHS einmal treffend als Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung. Angehörige kennen diese Problematik bestens: Die Betroffenen können nicht warten, bis sie an der Reihe sind. In Gesprächen platzen sie mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, sind schnell auf „120“ und zeigen einen impulsiv-flüchtigen Arbeitsstil. Es will ihnen oft einfach nicht gelingen, ihr Verhalten und ihre Impulse situationsangemessen zu steuern. Es scheint manchmal beinahe so, als würde bei ADHS-Menschen ein Defekt der inneren Verhaltens- oder Gefühlsbremse vorliegen.

Kinder und Erwachsene mit einer ADHS zeigen in Familie, Schule, Freizeit, Beziehungen und Beruf eine ausgesprochene Intoleranz gegenüber reiz- und stimulationsarmen Situationen. Alles Regelmässige, Monotone, Langweilige, Reizarme und sich Wiederholende ist für ADHS-Menschen ein Gräuel. In solchen Situationen versagen die mentale und die verhaltensbezogene Selbstbeherrschung. Sobald sie nichts mehr loshaben, werden ADHS-Menschen unruhig, launisch, zappelig und unkonzentriert. Auch Lernen gehört bekanntlich zu den sich wiederholenden Handlungen. ADHS-Betroffene lernen etwas entweder sofort, wenn es neu, frisch oder interessant ist, oder gar nicht, oder nur auf den letzten Drücker und mit maximalem Kraftaufwand. Wo immer möglich versuchen ADHS-Betroffene, den durch Stimulationsmangel bedingten quälenden inneren Zustand zu umgehen. Sie klinken sich geistig aus, schalten ab, wechseln das Programm, schalten den Bildschirmschoner ein und suchen nicht selten das Weite. Sie drücken sich ums Lernen und

sind hochgradige Minimalisten. In den Berichten von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen heisst es dann bezeichnenderweise, die Schülerin beziehungsweise der Schüler zeige eine Anstrengungsvermeidungshaltung, sei motorisch unruhig, störe den Unterricht oder sei verträumt und wirke abwesend.

Unbehandelte ADHS-Betroffene versuchen fortwährend, das subjektiv unerträgliche Vakuum durch Selbst- oder Fremdstimulation zu durchbrechen. Sie hungern ja buchstäblich nach Stimulation. Dazu eignen sich unter anderem: Stuhl- oder Beinewippen, Trommeln an der Tischkante, ständiges sich mit den Fingern durch die Haare streichen, Zupfen am Bart, Rauchen, Nesteln, Kritzeln, Aufstehen, Schwatzen, Provozieren der Lehrperson, der Eltern oder der Partner/-in, Nachhängen interessanter Fantasien oder SMS-Schreiben während des Unterrichts. Hauptsache das ADHS-Gehirn kommt irgendwie zu stimulierendem „Futter“. Es ist sein unersättlicher Hunger nach neuen Reizen und das legitime Bedürfnis ADHS-Betroffener, sich zu spüren, welches schliesslich dazu führt, dass sie so ablenkbar, zerstreut, nervös und hyperaktiv werden.

Vor allem also in monotonen und subjektiv reizarmen Situationen macht sich die ADHS-charakteristische neuronale Minderaktivierung in den betroffenen Hirnabschnitten störend bemerkbar. Indem sich ADHS-Betroffene selbst stimulieren, bewirken sie einen befristeten Anstieg der neuronalen Aktivität in den betroffenen zerebralen Netzwerken. Dies wiederum führt zu einer kurzzeitigen Normalisierung der Selbstregulation und damit auch der behavioralen (verhaltensbezogenen) und kognitiven (mentalen) Selbstbeherrschung. Es erklärt, wieso ADHS-Betroffene bei grossem Interesse, bei spassvollen Tätigkeiten und schnellen Feedbacks sehr selbstbeherrscht und sehr wohl äusserst aufmerksam sein können. Oder haben Sie sich noch nie gefragt, wieso Kinder mit einer ADHS stundenlang mit dem Gameboy verbringen können, sich beim Lernen von Vokabeln hingegen sperren, als würde der Teufel sie persönlich in Empfang nehmen?

ADHS in der Untersuchungssituation

Was aber bitte hat das alles mit der Diagnostik zu tun? Nun, diese bei ADHS-Patienten ganz besonders stark ausgeprägte Eigenschaft, sich in stimulierenden und anregenden Situationen sehr viel wohler zu fühlen und kognitiv und emotional sehr viel besser zu funktionieren, macht auch vor der Tür der Diagnostikerin beziehungsweise des Diagnostikers nicht Halt. Stellen nämlich die konkreten Untersuchungsbedingungen für die Probandinnen und Probanden eine subjektiv interessante oder gar spannende Herausforderung dar, funktioniert ihr Gehirn mit Garantie besser, als im langweiligen Schul-, Ausbildungs- oder Berufsalltag. Viele Tests sind ganz einfach viel zu interessant. Stellen Sie sich vor, nicht eben wenige dieser Tests machen sogar Spass! Es sind aber nicht nur die interessanten Testaufgaben, welche eine neuronal stimulierende Herausforderung darstellen können: Wenn die Chemie zwischen Probandinnen und Probanden und Untersucher/-innen stimmt oder eine Besonderheit vorliegt, kann dies – wie die folgenden Beispiele zeigen – speziell bei ADHS-Betroffenen die Testresultate erheblich beeinflussen.

Beispiel Robert S.

Vor vier Jahren untersuchte ich Robert S., einen Burschen, bei dem ich und der zuweisende Hausarzt aufgrund seiner aktuellen Probleme und seiner Krankengeschichte eine ADHS vermuteten. Robert wirkte zu Untersuchungsbeginn auffallend ängstlich und unsicher. Um ihn etwas zu beruhigen, sagte ich ihm, dass von meinen Patienten bisher noch niemand den bevorstehenden Computertest (der erste einer Testreihe) fehlerfrei überstanden habe (was auch der Tatsache entsprach). Er solle sich also selbst nicht allzu sehr unter Druck setzen. Diese Äusserung mobilisierte den Ehrgeiz dieses Patienten und mit ihm offenbar sämtliche verfügbaren Reserven an aktivierenden Neurotransmittern dermassen stark, dass er es trotz später bestätigter ADHS als erster und bisher einziger schaffte, diesen Test fehlerfrei, mit hohem Tempo und grosser Konstanz zu bewältigen.

Beispiel David B.

Ein 16jähriger Bursche mit ebenfalls ausgeprägten ADHS-Symptomen fragte mich vor vier oder fünf Jahren nach einer 20-minütigen computergestützten Testuntersuchung zu meiner Überraschung, ob er diesen Test noch einmal wiederholen dürfe. Und ob er dazu Musik aus seinem Discman anhören dürfe. Er sei sich nämlich sicher, dass es mit Musik viel besser funktioniere. Spontan sagte ich zu und wollte ihm eine meiner meditativen und beruhigenden Musik-CDs reichen. Weit gefehlt: David bevorzugte seine eigene Heavy Metal-CD. Zu meinem Erstaunen waren Davids Leistungen um 35 Prozent besser als ohne Musik (viel weniger Fehler, schnellere Reaktionszeiten, konstantere Leistung). Natürlich, er wollte mir etwas beweisen und war sehr motiviert. Nur dies wollte er auch schon beim ersten Testdurchgang. Es war vielleicht tatsächlich nicht nur seine Motivation, sondern die externe auditive Stimulation, durch welche seine Aufmerksamkeitskontrolle zum besseren Funktionieren anregt wurde.

Beispiel Peter F.

Bei einem anderen Jungen, der uns mit ADHS-Verdacht vorgestellt wurde, stellten wir fest, dass er in denjenigen Tests, die ich mit ihm durchführte, trotz guter Stimmung und Motivation schwache Leistungen erbrachte. Der zweite Teil der Untersuchung fand durch eine ehemalige Mitarbeiterin statt. Dort führte sich der Knabe bockig auf und zeigte ein sehr ungeduldiges Verhalten. Meiner damaligen Kollegin gegenüber verhielt er sich reserviert bis unfreundlich. Alle durch die Kollegin abgenommenen Tests fielen interessanterweise gut aus. Da sowohl ich als auch die Kollegin verschiedene Tests zu denselben Grundfunktionen durchführten, konnten die markanten Unterschiede nicht auf Teilleistungsschwächen beruhen. Merkwürdig war, dass der Knabe sich in der Situation, in welcher er sich nicht wohl fühlte, plötzlich viel leistungsfähiger war. Ich rief Peter F. daraufhin an und erkundigte mich bei ihm, ob er vielleicht eine Erklärung für dieses Phänomen habe. Spontan berichtete er mir, dies sei

doch völlig normal: Wenn er sich aufrege, funktioniere sein Gehirn immer besser als im Normalzustand. Die Art der Kollegin habe ihn schlicht und einfach genervt.

Stolpersteine der Testdiagnostik

Im Rahmen meiner Arbeit habe ich Menschen mit einer ADHS kennen gelernt, bei welchen die Testuntersuchungen völlig unauffällige Resultate hervorbrachten. Sie sehen an den Beispielen von Frau Z., Robert, David und Peter, dass die Diagnostik der ADHS mit einigen heimtückischen Stolpersteinen versehen ist.

Stolperstein I

Wenn ein Kind in der Schule und daheim Lern- und Verhaltensprobleme hat, ein ADHS-Verdacht besteht und das Kind in einer psychologischen Testuntersuchung unauffällige Leistungen erbringt, heisst das nicht zwingend, dass keine ADHS vorliegt.

Aus verschiedenen Untersuchungen zur Tauglichkeit von Testverfahren bei ADHS wissen wir heute, dass geeignete Testkombinationen typische ADHS-Merkmale bei Kindern recht genau erfassen können und teilweise auch eine gewisse Zuordnung „ADHS: Ja oder nein“ ermöglichen. Nur: Der im klinischen Alltag äusserst wichtige negative Voraussagewert eines Tests – also die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit negativem Testergebnis mit ausreichender Sicherheit keine ADHS hat – ist vielfach nicht gewährleistet. Aber genau dies ist im klinischen Alltag relevant, da selbst bei Fachleuten die Erwartung besteht, dass aufgrund von Testergebnissen eine diagnostische Zuordnung möglich werden soll (wie etwa bei einem Schwangerschaftstest).

Selbst für den Fall, dass es sich bei der ADHS um eine situationsunabhängige hirnorganische Funktionsstörung handeln würde, welche man zu verschiedenen Zeitpunkten in mehr oder weniger gleicher Ausprägung diagnostisch erfassen könnte, müssten wir mit weiteren Stolpersteinen rechnen. Es existieren meines Wissens keine bewährten und an ausreichend grossen europäischen Stichproben

überprüften neuropsychologische Tests oder Testreihen, welche es im klinischen Alltag erlauben, aufgrund eines oder mehrerer positiver Testbefunde mit ausreichend hoher Wahrscheinlichkeit eine ADHS zu identifizieren und zugleich genügend sicher von anderen Erkrankungen zu unterscheiden. Untersuchungen zeigen unter anderem Folgendes: Werden neuropsychologische Testleistungen von erwachsenen ADHS-Betroffenen mit jenen von Gesunden verglichen, lassen sich in der klinischen Gruppe zwar meist auffällige und nicht normgerechte Testresultate feststellen. Aber auch neuropsychologische Untersuchungen von Patientinnen und Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen ergaben Auffälligkeiten im Bereich verschiedener Aufmerksamkeits-, Selbstkontroll- und Gedächtnisfunktionen.

Vergessen wir nicht, dass Aufmerksamkeitsstörungen und hyperaktives Verhalten für sich gesehen unspezifische Symptome sind (und bleiben): Konzentrationsschwächen, leichte Ablenkbarkeit, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, ungenügende Selbstbeherrschung, ein chronisches Versagen der Verhaltens- und Gefühlsregulation, schlechte Planungs- und Selbstorganisationskompetenzen, ja selbst Aufmerksamkeitsstörungen, welche sich mit Tests objektivieren lassen, sind allesamt Symptome, welche bei sehr vielen psychischen, internistischen oder neurologischen Erkrankungen vorkommen können. Zu guter Letzt können sie für sich genommen auch bei Gesunden auftreten.

Stolperstein II
Wenn ein Kind in der Schule und daheim an Lern- und Verhaltensproblemen leidet und Tests ADHS-typische Resultate ergeben, heisst das nicht zwingend, dass eine ADHS vorliegt.

Wie ein roter Faden ...
Zentral ist neben der Befundaufnahme die Erhebung einer differenzierten Entwicklungs- und Eigenanamnese. Auch bei Erwachsenen erfolgt wegen des obligat frühen Krankheitsbeginns wenn immer

möglich eine fremdanamnestische Befragung der Eltern. Da einzelne Symptome der ADHS bei vielen anderen internistischen, neurologischen, psychischen oder posttraumatischen Störungen auftreten können und in moderater Ausprägung zum Repertoire menschlicher Verhaltensweisen schlechthin gehören, spielt das sorgfältige Erheben der Krankengeschichte die zentrale Rolle bei Verdacht auf eine ADHS. Die Grundsymptome der ADHS müssen sich wie ein roter Faden (also nicht nur periodisch wie etwa im Zusammenhang mit depressiven Episoden oder als Folge von Teilleistungsstörungen) durch das ganze Leben der Betroffenen ziehen und zu einer nachhaltigen Behinderung der persönlichen, psychischen, zwischenmenschlichen und beruflichen Entfaltung führen. Denken wir zurück an Frau Z.: Sowohl die klinischen als auch alle Testbefunde liessen sich erst auf dem Hintergrund ihrer Gesamtpersönlichkeit, ihrer Biografie, des psychosozialen Kontextes und ihrer Krankengeschichte richtig einordnen.

Sinn und Zweck von Testuntersuchungen

Aus allen mir bekannten deutschsprachigen ADHS-Ratgebern geht hervor, dass psychologische Tests der Nachweiserbringung dienen sollen, dass tatsächlich Aufmerksamkeitsstörungen vorliegen. Das aber ist sicher nicht der Sinn von Testuntersuchungen. Will man aus Testresultaten Implikationen für die Therapie ableiten, ist nicht die Frage bedeutsam, ob jemand Aufmerksamkeitsstörungen aufweist. Dafür liefert uns der Alltag schon genügend Hinweise. Weiter bringt uns vielmehr die Frage nach dem Warum. Also: Nicht ob, sondern warum jemand unkonzentriert, impulsiv und hyperaktiv ist, soll die testpsychologische Diagnostik – als Teil einer umfassenden Untersuchung – bei ADHS-Verdacht erhellen.

ADHS-Test?

Die Entdeckung eines einfach nachzuweisenden ADHS-spezifischen Aufmerksamkeitsdefizits würde die ganze ADHS-Diagnostik auf einen Schlag vereinfachen. Gemeint ist eine ausschliesslich bei der

ADHS und nicht auch beispielsweise bei Depressiven oder Menschen mit Persönlichkeitsstörungen vorkommende, spezielle und zuverlässig messbare Aufmerksamkeitsschwäche. Leider konnte in Untersuchungen bisher keine ADHS-spezifische Aufmerksamkeitsschwäche gefunden werden. Von einem ADHS-Test in der Art eines zuverlässigen Schwangerschaftstests sind wir meilenweit entfernt.

Wahrscheinlich wird man das ADHS-kennzeichnende Aufmerksamkeitsdefizit gar nie entdecken, da es – so meine persönliche Vermutung – gar nicht existiert. Die ADHS ist nämlich alles andere als eine sich klinisch homogen manifestierende, leicht beschreibbare und einfach diagnostizierbare Erkrankung. Sie ist charakterisiert durch eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität der beobachtbaren und im Einzelfall dominanten Symptome.

Denken wir nur einmal daran, wie stark sich der unaufmerksame vom hyperaktiven Typus der ADHS unterscheidet und wie verschieden sich die ADHS bei Buben und Mädchen, bei Männern und Frauen entwickeln kann. Hier das stille, übermässig verträumte, vergessliche und ängstliche Mädchen mit der „langen Leitung“. Dort der laute, hyperaktive, provozierende, motorisch ungeschickte und überall aneckende ADHS-Knabe. Aber auch die Frau mit einem Messie-Syndrom, also einer meistens ADHS-bedingten Unfähigkeit, aufzuräumen und Ordnung zu halten oder der chronische Temposünder und Adrenalin-Junkie mit ständigem Stellen- und Partnerwechsel, der immer Neues anreisst, allen vieles verspricht und kaum etwas einhält, sich chronisch verspätet und an seinem Ruf der Unzuverlässigkeit seelisch zerbricht.

Die heterogenen neuropsychologischen Befunde bei ADHS-Betroffenen und die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen, Begleiterkrankungen und Krankheitsverläufe einer ADHS lassen die Frage aufkommen, ob denn wirklich alles, was wir heute unter ADHS verstehen, tatsächlich unter nur einen einzigen Hut gehört. Ich nehme an, dass zukünftige Forschungsbemühungen zu einem viel differenzierteren Konzept dessen führen, was wir heute zusammenfassend unter dem Begriff der ADHS zu verstehen versuchen.

Psychometrische Tests: wirklich hilfreich?

In Sachen Testdiagnostik der ADHS sieht es also recht düster aus. Wenn selbst sehr ADHS-verdächtige Testresultate, die nach allen Regeln der Kunst ermittelt und interpretiert wurden, keine die Diagnose beweisende oder ausschliessende Bedeutung haben, auch Patienten mit anderen psychischen Störungen in diesen Tests auffällige Resultate erzielen können und sich schliesslich mit unauffälligen Befunden eine ADHS nicht ausschliessen lässt, dann werden Sie sich natürlich fragen, ob psychometrische Tests bei ADHS-Abklärungen überhaupt noch Sinn machen. Wird durch den Einsatz solcher Verfahren sogar falschen Beurteilungen und damit Kunstfehlern Vorschub geleistet? Sollte man gar besser auf Tests ganz verzichten und sich auf das gründliche Erheben einer Krankengeschichte, auf die offiziellen diagnostischen Kriterien, und die eigene klinische Erfahrung und Intuition verlassen? Immerhin verfügen wir bereits über zuverlässige ADHS-Kriterien im Rang eines Goldstandards. Ich denke an die wissenschaftlich gut abgestützten und zuverlässigen diagnostischen Kriterien der WHO (ICD-10) und der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-IV). Für die ADHS gelten, wie für alle anderen psychischen und psychoorganischen Erkrankungen, klar definierte diagnostische Regeln. Gemäss DSM-IV manifestiert sich die ADHS für alle Altersstufen, also auch für Erwachsene, in charakteristischen Aufmerksamkeitsstörungen und/oder in hyperaktivem und impulsivem Verhalten. Es werden achtzehn ADHS-typische Verhaltensmerkmale sowie weitere verbindliche Kriterien definiert, ohne dabei auf psychologische Tests Bezug zu nehmen. Soll man sich nun ausschliesslich auf diese offiziellen Kriterien stützen?

ADHS-Leitlinien: Tests sollen nicht nötig sein

Zahlreiche ADHS-Expertinnen und -Experten und auch verschiedene Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der ADHS formulieren denn auch unmissverständlich, dass zur Diagnose der ADHS psychologische Tests nicht wirklich erforderlich sein sollen. Auch die vor drei

Jahren gegründete und heute über 500 Mitglieder zählende „Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.“ mit Sitz in Forchheim (D) vertritt in ihren Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bei ADHS (Revision 2003) diese Position. Im Abschnitt zu den testpsychologischen Untersuchungen heisst es wörtlich: „Sie sind dann indiziert, wenn differenzialdiagnostisch als Ursache für eine ADHS-(Teil)-Symptomatik umschriebene Leistungs- oder Verhaltensstörungen (wie Intelligenzdefizit, Lese-Rechtschreib- oder Rechenstörung, dissoziales Verhalten) infrage kommen.“

Merkwürdig, denn umschriebene Leistungs- oder Verhaltensstörungen treten so häufig auf, dass sie bei Verdacht auf ADHS grundsätzlich immer explizit durch die entsprechenden Testverfahren auszuschliessen sind. Und weiter: „Betrachten der Schulmappe und der Hefte (Ordnung, Führung, Schrift, Einteilung) geben Hinweise auf Störungen der (visuo-) motorischen Koordination (Schrift), Aufmerksamkeit (Flüchtigkeitsfehler) und auf Lese-Rechtschreib-Schwäche.“ Und: „Ansonsten ist eine abschätzende Beurteilung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des Aufmerksamkeitsverhaltens in der Schule durch die Lehrerbeurteilung und die Noten in den Zeugnissen möglich.“

Ich will nicht ganz ausschliessen, dass für einige sehr erfahrene Pädiater/-innen, Psychiater-/innen sowie Psychologinnen und Psychologen nach langjähriger Berufspraxis das Betrachten der Schulmappen und die anderen beschriebenen Massnahmen ausreichen, um Probleme bezüglich Aufmerksamkeit, Visuomotorik oder eine Rechtschreibstörung erkennen zu können. Nur wurden die Leitlinien ja nicht nur für die alten und erfahrenen Hasen verfasst.

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie heisst es des Weiteren zum Thema Testdiagnostik bei Verdacht auf ADHS kurz und bündig: „Zumindest eine orientierende Intelligenzdiagnostik wird bei allen Schulkindern empfohlen.“ Wieso ausgerechnet eine Intelligenzdiagnostik? Was wissen wir dann mehr in Sachen ADHS eines potenziell von dieser Störung betroffenen Menschen? Nahezu alle

ADHS-Ratgeber und viele Leitlinien empfehlen eine Intelligenzdiagnostik. Dabei geht man offenbar davon aus, dass es sich bei den gemessenen Leistungen um unabhängige Grössen handelt. Aufmerksamkeitsstörungen zeigen sich aber nicht nur in der Schule, im Beruf oder im Familienalltag. Sie lassen sich natürlich auch während einem IQ-Test nicht einfach ausschalten. Mein Rat: Glaube nie einem IQ-Test. Erst recht nicht bei Verdacht auf ADHS. Die Test-Leistungen könnten konfundiert sein unter anderem durch Aufmerksamkeitsstörungen, psychomotorische Defizite, motivationale Einflüsse oder etwa auch durch Auswirkungen des am Vorabend der Untersuchung konsumierten Cannabis. Ausserdem: IQ-Tests werden an Gesunden normiert und nicht an klinischen Stichproben. Mir sind rund zwei Dutzend Patienten (vor allem Mädchen) bekannt, bei welchen fälschlicherweise eine Intelligenzminderung diagnostiziert wurde. Die Folgen für die Betroffenen waren und sind fatal. Auch ich versuche mit geeigneten Tests und unter Berücksichtigung der oben genannten Faktoren das Intelligenzniveau der Patienten zu bestimmen. Bei ADHS-Patientinnen und -Patienten liegt das allgemeine Intelligenzniveau oft deutlich höher, als Schul- und Ausbildungskarriere es vermuten lassen.

Auch die Praxis zeigt es: Tests sind doch notwendig

Die Empfehlungen verschiedener Leitlinien, dass zur Diagnostik bei ADHS-Verdacht eine testpsychologische Untersuchung nicht wirklich notwendig ist, können zu diagnostischen Fehleinschätzungen führen. Dazu die Geschichte von Marc:

Marc besuchte die 4. Klasse. Probleme mit der Konzentration, motorische Unruhe, impulsives Verhalten, grosse Ungeduld, Reizbarkeit, eine schlechte Handschrift, Ängstlichkeit im Turnen, ein distanzloses Sozialverhalten sowie grosse Schwankungen in den Schulleistungen (speziell im Rechnen) führten vor einem Jahr zu einer Abklärung durch eine Schulpsychologin. Diese stellte in einem sprachfreien Intelligenztest fest, dass der Bub eine gute Grundintelligenz aufweist. Im HAWIK-III, welcher die sprachliche und die prak-

tische Intelligenz eines Kindes prüft, fielen gute verbale und bedeutsam schlechtere Leistungen im Praxisteil auf.

Die mit der ADHS etwas vertraute Schulpsychologin legte den Eltern eine auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV beruhende ADHS-Symptom-Checkliste vor und stellte fest, dass viele Merkmale bejaht wurden. Sie überwies den Knaben daraufhin an eine Kinderärztin, welche mit POS-Kindern vertraut ist (in der Schweiz wird statt ADHS teilweise noch die Abkürzung POS – psychoorganisches Syndrom – verwendet). Die durch die Kinderärztin durchgeführte neuromotorische Untersuchung ergab verschiedene Auffälligkeiten, vor allem aber in Tests, welche konstruktive Kompetenzen (zum Beispiel das Bauen nach Vorlage) prüften. Es wurde eine POS-Diagnose gestellt. Eine daraufhin eingeleitete Psychomotorik-Therapie wurde nach neun Monaten abgebrochen, da Marc keine Therapieerfolge zeigte und immer unmotivierter und trotziger wurde. Die Kinderärztin überwies ihn schliesslich zu mir.

Marc war ein Bub mit offener Ausstrahlung. Er war an allem sehr interessiert, wirkte aber unsicher und gehemmt. Bei Fragen zu seiner Orientierung fiel auf, dass der Bub nicht in der Lage war, meine Analoguhr zu lesen. Im Antriebsverhalten wirkte der Knabe unauffällig. Marc war sicher kein klassischer Zappelphilipp.

Bei Abklärungen gehen wir immer so vor, dass wir uns nicht nur von den Eltern, sondern auch von den Lehrkräften ausgiebig informieren lassen. Lehrer/-innen sind stundenlang mit den Kindern zusammen und können uns wertvolle Verhaltensbeobachtungen übermitteln. Der Lehrer schrieb uns, dass Marc geistig oft abwesend und nicht bei der Sache sei. Vor allem im Rechnen und Zeichnen müsse er ihn mindestens einmal pro Stunde in den Unterricht zurückholen. Lesen gehe ganz gut. Er könnte bessere Leistungen erbringen, speziell im Rechnen und Zeichnen. Besonders das Abzeichnen wolle gar nicht gelingen. Oft komme es aber gar nicht soweit, da er im Fach Zeichnen immer schon störrisch gewesen sei und es immer wieder vorkomme, dass er sich ganz verweigere. Marc sei Einzelgänger, habe wenig Selbstvertrauen, sei oft stur und unflexibel.

Die Auswertung des Conners' Lehrerfragebogens ergab mittelgradig erhöhte Werte auf den Skalen „Unaufmerksamkeit", „Impulsivität" und erhöhte Werte auf der Skala „Opposition/Trotz". Die Werte in der Skala „Soziale Probleme" erwiesen sich als leicht erhöht.

Die Erhebung der Krankengeschichte ergab Folgendes: Ausser viel Stress nach einen Bagatell-Verkehrsunfall sei die Schwangerschaft unauffällig verlaufen. Allerdings rauchte die Mutter nach eigenen Angaben zehn Zigaretten pro Tag. Alkohol habe sie selten konsumiert. Geburt und die neonatale Adaption waren ebenfalls unauffällig. Die motorische Entwicklung verlief leicht verzögert. Marc krabbelte nicht, sondern lief plötzlich irgendwann. Die Sprachentwicklung verlief normal, ebenso die Entwicklung des sozialen Interaktionsverhaltens. Seit dem zweiten Lebensjahr besteht eine Neurodermitis. Marc hatte die üblichen Kinderkrankheiten und war generell ein gesundes Kind.

Die Mutter berichtete mir, dass Marc schon im Vorschulalter immer wenig Geduld gehabt habe und ein launischer Bub gewesen sei. Vor allem habe er im Vergleich zu seinem um drei Jahre älteren Bruder immer wenig mit Holzklötzen gebaut und – wie sie hervorhebt – überhaupt nie mit LEGO gespielt. Marc war und ist ein sehr anstrengendes Kind. Den Weg in den Kindergarten und in die Schule habe man x-mal üben müssen. Er habe es einfach nicht begriffen. In fremder Umgebung könne er sich bis heute schlecht orientieren. Und dies, obwohl er sonst ein gutes Gedächtnis habe. Draussen, vor allem an befahrenen Strassen, sei Marc sehr unvorsichtig. Er sehe anscheinend die herannahenden Autos nicht recht. Der Augenarzt habe jedoch nichts Ungewöhnliches feststellen können. Bis in die 2. Klasse habe der Knabe nie gezeichnet. Mit der Schere an Linien entlang schneiden gehe heute noch nicht. Auf unlinierten Blättern schreibe er schöner als auf linierten Vorlagen. Marc sei unordentlich und nicht in der Lage, seine Kleider zusammenzulegen.

Die Auswertung des ADHS-Elternfragebogens von Conners und anderer standardisierter Checklisten ergab Profile, welches den

Erwartungswerten beim Vorliegen einer ADHS entsprechen würde. Die Familienanamnese (gemeint sind Erkrankungen bei Geschwistern, Eltern und anderen Blutsverwandten) war unauffällig. Marc lebte in geordneten sozialen und familiären Verhältnissen. Sein gesunder Bruder besuchte die Bezirksschule.

Wie es weiterging mit Marc, werden Sie später erfahren. Zunächst werde ich Ihnen einige wenige der im Rahmen einer umfassenden testpsychologischen Untersuchung angewandten Tests vorstellen.

Konzentrationstests alleine reichen nicht

Entgegen den Ausführungen einiger ADHS-Ratgeber reicht es bei Verdacht auf ADHS nicht aus, nur Konzentrationstests durchzuführen. Wieso? Man kann die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht alleine durch Aufmerksamkeitstests erfassen, da Aufmerksamkeitsleistungen grundsätzlich immer mit Wahrnehmungs-, Gedächtnis- und anderen mentalen und motorischen Funktionen verknüpft sind. Nur eine neuropsychologische Untersuchung erlaubt es, allfällig festgestellte Aufmerksamkeitsschwächen in ihrer Relation zu anderen Funktionsbereichen zu verstehen. Man kann also die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht alleine durch Aufmerksamkeitstests erfassen. Diese wichtige Relation wird auch in amerikanischen ADHD-Schnelltests wie etwa dem computergestützten T.O.V.A oder anderen Continuous Performance Tests (zum Beispiel dem Gordon Diagnostic System) vernachlässigt.

Wahrnehmung

Bei Untersuchungen von Kindern wie auch von Erwachsenen prüfen wir immer als Erstes die visuelle und auditive Wahrnehmung. Sehen und hören unsere Probanden gut und können sie das mit den Augen und Ohren Wahrgenommene zentral verarbeiten? Marc sah und hörte gut. Farben konnte er problemlos unterscheiden. Er hatte unter anderem auch keine Probleme, klangähnliche Silben zu differenzieren und vermochte auch Tonhöhen gut zu unterscheiden. Aufgaben, wel-

che die visuelle Wahrnehmung prüften, fielen bei Marc indes generell schwächer, aber doch noch normgerecht aus.

Aufmerksamkeit
Wir prüften anschliessend unter anderem die Aufmerksamkeitsaktivierung, die Daueraufmerksamkeit unter monotonen Reizbedingungen sowie verschiedene Aspekte der selektiven und fokussierten Aufmerksamkeit. In computergestützten und zum Teil furchtbar langweiligen Daueraufmerksamkeitstests erbrachte Marc im auditiven Modus gute, im visuellen Modus von der Fehlerzahl her grenzwertige Leistungen. Der Verlauf war recht konstant und auch die Schwankungen der Reaktionszeiten hielten sich noch im individuell zu erwartenden Normbereich. In einem anderen Dauer-Konzentrationstest, bei dem das Tempo nicht vorgetaktet ist und der viel manuelle Aktivität erfordert, erbrachte Marc denkbar schwache Leistungen. Häufig vermögen sich ADHS-Betroffene, wenn sie nur an einer Sache beschäftigt sind, noch ordentlich gut zu konzentrieren. Dazu reicht ihre Aufmerksamkeitsenergie. Wehe aber sie müssen schnell umschalten und in der Art eines Kameraschwenks den Aufmerksamkeitsfokus flexibel auf ein neues Ziel verschieben. Dafür reicht die Aufmerksamkeitsenergie oftmals nicht mehr aus. Wir prüfen daher auch immer, wie flexibel die Probanden bei Anforderungen sind, in denen es darum geht, den Aufmerksamkeitsfokus zu wechseln. Auch in diesen Tests erbrachte Marc erwartungswidrige Leistungen. Wir haben dann geprüft, wie leicht er sich durch irrelevante Informationen stören und ablenken lässt und wie gut sich Marc gleichzeitig auf Verschiedenes zu konzentrieren vermochte. In der Schule muss er ja in der Lage sein, dem Lehrer zuzuhören, währendem er gleichzeitig seine Aufmerksamkeit auf den Hellraumprojektor richten und sich einigermassen lesbare Notizen anfertigen muss. Das funktioniert nur dann, wenn genügend Aufmerksamkeitskapazität vorhanden ist. Marcs Leistungen in diesem Test entsprachen dem unteren Normbereich.

Impulskontrolle / Reaktionsunterdrückung

Viele Kinder mit einer ADHS zeigen als Folge der Impuls-Hemmschwäche einen flüchtigen und impulsiven Arbeitsstil. Sie schreiben, bevor sie die Fragen gelesen haben, reden drauflos, bevor man die Frage ausgesprochen hat und handeln, meist ohne vorher zu denken. Ein Test muss also auch zeigen, ob die Probandinnen und Probanden sich selbst ausreichend gut beherrschen können. Dieses kann aus vielen verschiedenen Tests herausgelesen werden. Beobachtet wird dabei unter anderem die Anzahl der falschen oder vorzeitigen Reaktionen. Einige computergestützte Tests messen, ob die Reaktionen auf unwichtige Stimuli ausreichend gut gehemmt, ob Impulse gut genug unterdrückt werden können. Beispiel: Die Probandin beziehungsweise der Proband sieht auf dem Monitor entweder ein X oder ein +. Beim Erscheinen des X (und nur beim X) muss so schnell wie möglich eine Taste gedrückt werden. Nach dem ersten auf dem Monitor wahrgenommenen Pixelchen rast der Finger von ADHS-Betroffenen meist in ungeheurem Tempo Richtung Taste. Der Drück-Impuls kann bei Erscheinen des + nicht rechtzeitig gehemmt werden. Erwartet werden könnte, dass die Probandin beziehungsweise der Proband nach einer Fehlreaktion das Tempo spontan verlangsamt, um das nächste Mal richtig zu reagieren. ADHS-Betroffene (aber natürlich auch Patientinnen und Patienten mit anderen frontalen Störungen wie etwa einem Frontalhirnsyndrom nach einer Hirnverletzung) schaffen dies nicht. Sie stürmen in diesen Tests vorwärts als gälte es, Rom zu erobern. Marcs Leistungen in Sachen Impulskontrolle zeigten, dass seine Selbstbeherrschung, also die automatische Verhaltenskontrolle, nicht den Erwartungswerten von gesunden, sondern eher denen von ADHS-Knaben entsprach.

Erinnern wir uns kurz auch an Frau Z., welche übrigens in einer Universitäts-Klinik neuropsychologisch untersucht wurde. Die mit der Abklärung beauftragte Neuropsychologin stellte damals fest, dass die Patientin in allen Tests extrem langsam arbeitete. Gute Konzentration ergibt sich bekanntlich aus einem sich automatisch einstellenden Mix zwischen Tempo und Sorgfalt. Weder extrem schnell mit

sehr vielen Fehlern noch das Gegenteil, also extrem langsam und null Fehler sind ein befriedigendes Ergebnis. Die Angst vor Fehlern führte bei Frau Z. dazu, dass sie normalerweise automatisch ablaufende Prozesse immer mehr unter ihre bewusste Kontrolle brachte. Die Folge war, dass sie bei komplexeren Aufmerksamkeitstests unflexibel und überfordert war, weil sie jedes und alles kontrollieren wollte und musste.

Gedächtnis / Lernen

Zu einer umfassenden Testuntersuchung bei Verdacht auf ADHS gehört immer auch eine Prüfung der Lern- und Gedächtnisfunktionen. Warum? Hat ein Kind in erste Linie Probleme, verbale Informationen aufzunehmen, abzuspeichern oder aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen, so muss es sich im Unterricht viel mehr anstrengen als andere, um den Stoff beim Lesen, aber auch beim Zuhören, im Kontext verstehen zu können. Es wird versuchen, die Gedächtnisschwäche durch eine verstärkte Aufmerksamkeitszuwendung auszugleichen. Dies mit der Folge, dass das Kind insgesamt unkonzentrierter, unruhiger und störungsanfälliger wird. Unkonzentriertes Verhalten geht also nicht in jedem Fall auf primäre Aufmerksamkeitsstörungen zurück. Da das Kind wegen der Gedächtnisschwäche auch aus seinen Erfahrungen nicht so gut lernen kann wie andere, kann sich auch der Erwerb von sozialen Kompetenzen viel schwieriger gestalten. Und dies führt – ähnlich wie bei einer ADHS – immer wieder zu reaktiven Verhaltensstörungen.

Bei Marc ergab die Prüfung der verbalen Merk-, Lern- und Gedächtnisleistungen im oberen Durchschnittsbereich liegende Leistungen. Die Untersuchung der visuell-figuralen Gedächtnisleistungen ergab ebenfalls noch gute Leistungen: Marc konnte kurz zuvor gelernte visuelle Vorlagen recht gut wiedererkennen. Das Figural-Gedächtnis war also in Ordnung, wenn auch deutlich schwächer ausgeprägt als bei Anforderungen an sprachliche Lernprozesse.

Raumverarbeitung
Eine Untersuchung der Raumverarbeitung zeigte, dass Marc sich mentale Rotationen mässig gut vorstellen konnte. Interessanterweise aber war für ihn das Zeichnen einer vorab gelernten visuellen Vorlage aus dem Gedächtnis fast nicht machbar. Wohlgemerkt, er vermochte sich sehr wohl an die Figur erinnern. Auch das Nachlegen von geometrischen Figuren mit Holzstäbchen wollte gar nicht klappen. Marc war zwar fähig, die Vorlagen visuell-analytisch zu erfassen, sich diese zu merken und er konnte sie auch beschreiben, aber das Nachlegen gelang ihm nicht. Bereits aus dem HAWIK-III, den die Schulpsychologin damals durchführte, wurde ersichtlich, dass er beim Nachlegen von Mosaikvorlagen mit Würfeln und beim Zusammensetzen der Puzzleteile sehr schwache Werte erreichte.

Lesen, Schreiben, Rechnen
Die Leistungen von Marc in Sachen Rechtschreibung fielen relativ gut aus. Das Lesen fiel ihm in der Testsituation schon schwerer. Seine Rechenkompetenzen hingegen entsprachen in keiner Art und Weise den Erwartungswerten. Auch gemäss Lehrerbericht bestehen im Rechnen erhebliche Rückstände. Auf eine Untersuchung des Intelligenzniveaus konnten wir verzichten, da der HAWIK-III innerhalb des letzten Jahres abgenommen wurde.

Räumlich-konstruktive Störungen

Die Untersuchung ergab also in erster Linie Auffälligkeiten im sogenannten visuo-konstruktiven Bereich. Ungenügend waren Marcs Leistungen primär in denjenigen Tests, welche Anforderungen an die Auge-Hand-Koordination stellten. Marc litt nicht an einer ADHS, sondern primär an einer räumlich-konstruktiven Störung unklarer Ursache. Seine Aufmerksamkeitsstörungen waren mit grosser Wahrscheinlichkeit sekundärer Natur.

Räumlich-konstruktive Störungen gehören zu den häufigsten Folgen zerebraler Dysfunktionen unterschiedlichster Genese. Gemeint ist eine Schwäche, einzelne Elemente einer Figur manuell

und unter visueller Kontrolle zu einem Ganzen zusammenzufügen. Es handelt sich um eine diskrete Form konstruktiver Apraxie und zählt zu den Raumverarbeitungsstörungen. Kinder mit dieser Symptomatik bekunden grosse Mühe beim Abzeichnen von Vorlagen oder beispielsweise beim Zusammenlegen von Kleidungsstücken. Sie sind ausserstande, altersentsprechend Ordnung zu halten, weil sie nicht umsetzen können, was ihnen im Kopf vorschwebt (im Gegensatz zu ADHS-Patienten, bei welchen bereits im Kopf Unordnung herrscht). Sie können Winkel schlecht einschätzen, Analoguhren nicht lesen, müssen den Schulweg x-mal üben, begreifen Landkarten, können sie aber nicht anwenden, können im Verkehr Abstände nicht richtig einschätzen, zeichnen und basteln kaum, spielen nicht LEGO und schreiben ohne Hilfslinien oft besser als mit.

Kinder mit diesen Störungen erbringen im HAWIK-III sehr schwache Leistungen beim Nachbauen der Mosaikvorlagen und beim Figurenlegen. Im K-ABC, einem anderen verbreiteten Intelligenztest für Kinder, ist es der Nachlegetest mit den Dreiecken, bei dem diese Patienten versagen. Rechenschwächen sind häufige Folgen, weil dafür eine intakte Raumverarbeitung eine Voraussetzung ist. Logisch ist doch, dass auch Kinder mit dieser Störung versuchen, ihre Defizite durch eine erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung auf Ersatzmechanismen zu kompensieren. Sie wirken in der Folge unflexibel, ablenkbar und unsicher.

Letztlich haben Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen, und vor allem dann, wenn auch räumlich-kognitive Störungen vorliegen (schwaches räumliches Vorstellungsvermögen), oftmals Probleme im sozialen Umgang. Sie werden bei Mannschaftsspielen oftmals als Letzte aufgenommen, da sie auf dem Spielfeld wegen ihrer gestörten Raumorientierung versagen. Auch die Nähe-Distanzorientierung im Zwischenmenschlichen klappt nicht: Sie ecken bei anderen an und werden aggressiv. Oder sie werden ängstlich, weil sie unsichtbare Orientierungsprobleme aufweisen. Die soziale Distanz zwischen Menschen besitzt bekanntlich auch eine räumliche Dimension. Sie merken es schon: Sehr viele dieser Aus-

wirkungen von räumlich-konstruktiven Störungen kennen wir bestens bei Kindern mit einer ADHS. Wie häufig bei einem Patienten eine ADHS und eine räumlich-konstruktive Störung gleichzeitig auftreten, ist meines Wissens nicht bekannt. Ich schätze jedoch, dass dies bei jedem 10. Kind mit einer ADHS der Fall sein könnte.

Konsequenzen

Wie Marcs Beispiel zeigt, lässt sich nur durch eine umfassende neuropsychologische Testung einigermassen sicherstellen, dass nicht andere zerebrale Funktionsstörungen für die Aufmerksamkeitsschwächen und deren Folgen verantwortlich sind. Bei Marc wurde genau dies ausser Acht gelassen mit der Konsequenz, dass er nicht in den Genuss einer spezifisch wirksamen Therapie kam. Schliesslich soll Diagnostik ermöglichen, geeignete Therapien einzuleiten. Anstelle der Psychomotorik-Therapie wäre eine Ergotherapie beziehungsweise ein neuropsychologisches Training zur Behandlung der räumlich-konstruktiven Defizite indiziert gewesen. Ich empfehle in diesem Zusammenhang das Therapieprogramm DIMENSIONER von Muth & Heubrock. Da ich keinen Kontakt zu Marc mehr habe, kann ich den Ausgang der Behandlung nicht kommentieren.

Das ADHS-Ausschlusskriterium

Ich erwähnte vorhin die diagnostischen Manuale der WHO beziehungsweise der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie. Das DSM-IV verlangt im Punkt E zwingend die Berücksichtigung von sogenannten Differenzialdiagnosen. Gemeint ist damit das konsequente Beachten von möglichen anderen Ursachen einer Krankheit. Dazu zählen bei der ADHS nicht nur psychopathologische und neurologische Erkrankungen, sondern – obwohl nicht namentlich erwähnt – selbstverständlich auch Folgen von anderweitig verursachten zerebralen Funktionsstörungen. Immerhin handelt es sich bei der ADHS primär um eine neurobiologisch bedingte zerebrale Dysfunktion und um ein Syndrom, welches sich in einem Wechselspiel von

neuropsychologisch beschreibbaren Funktionsstörungen mit sozialen und psychosozialen Belastungsfaktoren aufgeschaukelt hat.

Die Beschränkung auf eine rein psychopathologische (oder neurologische) Sicht bei der Überprüfung von möglichen Differenzialdiagnosen einer ADHS und eine Vernachlässigung der neuropsychologischen Perspektive erscheint mir speziell bei diesem Störungsbild völlig unangebracht. Selbst im Erwachsenenalter beruht eine ADHS zwingend auf bis in die Gegenwart hinein fortbestehenden neuropsychologisch beschreibbaren zerebralen Funktionsstörungen (was nicht impliziert, dass diese in Tests zwingend abbildbar sein müssen). Es müssen folglich nicht nur Differenzialdiagnosen auf der Ebene psychopathologischer Erkrankungen oder psychosozialer Umstände Berücksichtigung finden, sondern vor allem auch auf der primären Ebene der neuropsychologisch beschreibbaren kognitiven Funktionsstörungen. Bei Kindern sind dabei nicht nur die Legasthenie oder die Rechenschwäche gemeint, sondern auch räumlich-kognitive- und/oder räumlich-konstruktive Störungen oder Störungen der verbalen oder visuell-figuralen Gedächtnisfunktionen verschiedenster Genese. Kinder mit diesen Störungen können sekundär Aufmerksamkeits-, Lern- und Verhaltensstörungen zeigen, welche denen einer ADHS täuschend ähnlich sein können.

Zusammenfassung

Das Beispiel von Frau Z. zeigt, dass bei ADHS-Verdacht in der Diagnostik der Frage „Was könnte es sonst noch sein?“ generell ein hoher Stellenwert zukommen muss. Erst auf dem Hintergrund der Persönlichkeit von Frau Z. und ihrer Krankengeschichte liessen sich die Aufmerksamkeitsstörungen, die Probleme mit der Selbstregulation und Organisation wirklich verstehen und gezielt fachgerecht behandeln. Die Beispiele von Robert, David und Peter zeigen, dass die Befunde von testpsychologischen Untersuchungen nie eins zu eins übernommen werden können und dass unauffällige Testbefunde eine ADHS nicht ausschliessen. Das Beispiel von Marc lässt erkennen, dass ADHS-verdächtige Testbefunde keinen Beweis für eine ADHS

darstellen und dass die Frage nach anderen möglichen Ursachen vor allem auch auf der Ebene von neuropsychologisch erfassbaren Funktionsstörungen gestellt werden muss.

Deutlich wurde schliesslich, dass nur mit einer neuropsychologischen Abklärung (als einer von mehreren Untersuchungsschritten) das zwingend zu beurteilende Ausschluss-Kriterium E des DSM-IV und damit – und das ist die Kernaussage meiner Ausführungen – das mögliche Vorliegen einer ADHS wirklich beurteilbar ist. Es geht also nichts ohne neuropsychologisches Grundlagenwissen und es geht auch nicht ohne Tests.

ADHS ist eine Tatsache. Je präziser dieses Störungsbild von ähnlichen Erkrankungen abgegrenzt wird, umso besser kann es gelingen, dass Menschen mit einer ADHS und anderen Beschwerden mit geeigneten Therapien geholfen werden kann. Ziel ist und bleibt die Linderung von menschlichen Beschwerden ganz unabhängig davon, welche Diagnose gestellt wurde.

Was könnten Eltern und Betroffene für Schlussfolgerungen ziehen?

Wenn bei Ihnen oder Ihrem Kind eine ADHS festgestellt wurde und die Probleme trotz Therapie fortbestehen, sollten Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt freundlich bitten, Ihnen folgende Fragen zu beantworten: „Wie sicher ist er sich, dass die Probleme tatsächlich auf eine ADHS zurückgehen, dass Begleiterkrankungen erfasst und die therapeutischen Möglichkeiten schon voll ausgeschöpft wurden?“

Falls die Antworten Sie nicht überzeugen, dürfen Sie nachhaken. Wenn die ärztliche Stellungnahmen Sie wiederholt nicht zu überzeugen vermögen, so bitten Sie um Überweisung an eine Kollegin oder einen Kollegen, so dass eine Zweitmeinung eingeholt werden kann. Behalten Sie aber im Auge, dass Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte nie in der Lage sein werden, alle Leiden zu lindern.

ADHS oder Asperger-Syndrom? Ein Praxisbericht zur Differenzialdiagnostik der ADHS

Piero Rossi mit Susanne Bürgi. Erschienen erstmals der Zeitschrift „Neue Akzente“ 76/2007.

Zusammenfassung
Nicht nur die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), sondern auch viele andere Entwicklungsstörungen und Erkrankungen können mit Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität oder Impulsivität einhergehen. Zerstreutheit, Ablenkbarkeit und sogar Störungen verschiedener Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, welche sich in neuropsychologischen Tests objektivieren lassen, können Symptome verschiedenster psychischer, internistischer oder neurologischer Erkrankungen darstellen. Wenn Fachpersonen nicht konsequent auch auf andere mögliche Ursachen von ADHS-typischen Beschwerden achten, erhalten zu viele Patientinnen und Patienten mit ADHS-Verdacht zu Unrecht eine ADHS-Diagnose. Um ein Kind, einen Jugendlichen oder einen Erwachsenen wirklich zu verstehen und ganzheitlich behandeln zu können, muss man um die anderen möglichen Ursachen von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität wissen. Entscheidend ist also nicht ob, sondern warum ein Mensch unter Konzentrationsproblemen, Impulsivität oder Überaktivität leidet. Nur so kann Störungsbildern, welche der ADHS ähnlich sind, differentialdiagnostische und schliesslich eine therapeutische Evidenz zukommen. Ausführlich expliziert wird dies an einem Fallbeispiel eines Jungen mit einem Asperger-Syndrom, einer leichten Form einer autistischen Störung.

Abklärungen bei ADHS-Verdacht – ein schwieriges Unterfangen

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass ADHS-typische Symptome auch bei anderen psychischen Problemen, Erkrankungen und

Belastungsfaktoren auftreten können, verlangt das diagnostische Klassifikationssystem DSM-IV-TR zur Diagnosestellung einer ADHS im Kriterium E zwingend die Berücksichtigung von sogenannten Differenzialdiagnosen. Gemeint sind damit andere Störungsbilder mit ähnlicher Symptomatik. Bei einer Abklärung auf Vorliegen einer möglichen ADHS müssen im diagnostischen Prozess also alle anderen Erklärungsmöglichkeiten von Aufmerksamkeitsproblemen, von Hyperaktivität und Impulsivität systematisch ausgeschlossen werden. Dazu gehören ohne Anspruch auf Vollständigkeit und in unsystematischer Reihenfolge:
Angststörungen, Schlafstörungen, affektive Störungen wie zum Beispiel Depressionen oder Zyklothymia, Cannabis-, Lösungsmittel- und Alkoholkonsum, oppositionelle Verhaltensstörungen, Tic-Störungen oder Tourette-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörungen, Mobbing, (sexuelle) Gewalterfahrungen, Störungen aus dem autistischen Spektrum, juvenile Schizophrenie, histrionische, zwanghafte, schizotype und narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Vergiftungen, Epilepsie, Stoffwechselstörungen (Schilddrüse), Magnesium-, Eisen- und andere Mangelzustände, Hirnerschütterungen und andere Hirnverletzungen, neurologische oder genetische Syndrome, Wahrnehmungsstörungen, Raumverarbeitungsstörungen, Dyskalkulie, Lese- und Rechtschreibstörung, Merkfähigkeitsstörungen, schulische Über- oder Unterforderungen, Lernbehinderung, familiäre Spannungen, psychosoziale Belastungen, übermässiger Konsum von Bildschirmmedien, Online- und PC-Game-Sucht, Hypersensibilität, zu hohe Erwartungen der Eltern, emotionale Vernachlässigung sowie subklinische Beschwerdebilder und Normvarianten.

Eine ADHS kommt selten allein

Erschwerend kommt hinzu, dass zahlreiche der oben aufgeführten Beschwerden, Erkrankungen und Diagnosen einer ADHS nicht nur täuschend ähnlich sein, sondern auch gemeinsam mit ihr auftreten können. Eine ADHS kommt selten alleine. Fachpersonen sprechen in

diesem Zusammenhang von sogenannt komorbiden Störungen, welche in rund 80 Prozent aller ADHS-Fälle diagnostiziert werden. Die am häufigsten vorkommenden Begleiterkrankungen der ADHS sind Störungen des Sozialverhaltens (bis 50 Prozent), Angsterkrankungen (20 bis 25 Prozent), depressive Störungen (15 bis 20 Prozent) oder etwa Lese- und Rechtschreibstörungen (ebenfalls 15 bis 20 Prozent). Im klinischen Alltag sollten sich daher Fachpersonen angesichts der nachweislich hohen Auftretenshäufigkeit der ADHS bei Kindern mit Depressionen, Angstproblemen oder Lernstörungen immer auch die Frage stellen, ob im Hintergrund der Problematik nicht vielleicht eine ADHS liegen könnte. Aber Achtung! Das Gleiche gilt natürlich auch umgekehrt: Konzentrationsprobleme können beispielsweise auch Anzeichen von Angstproblemen, Mobbing, Depressionen oder etwa Folgen von überhöhtem elterlichen Druck darstellen. Vor allem Fachpersonen, die sich erst seit kurzem mit der ADHS befassen und noch nicht wissen, dass Aufmerksamkeitsstörungen ein häufig auftretendes Begleitsymptom vieler Erkrankungen darstellen, neigen dazu, das Vorliegen von Aufmerksamkeitsprobleme kurzerhand mit einer ADHS zu verwechseln.

ADHS: Kernsymptome sind unspezifisch

Denken wir nur einmal daran, wie stark sich klinisch der sogenannt unaufmerksame vom hyperaktiven Typus der ADHS unterscheiden und wie verschieden sich die ADHS bei Mädchen und Buben, bei Männern und Frauen entwickeln können: Hier das stille, übermässig verträumte, vergessliche und ängstliche Mädchen mit der „langen Leitung“. Dort der laute, hyperaktive, provozierende, motorisch ungeschickte und überall aneckende ADHS-Knabe. Und da schliesslich der erwachsene ADHS-Betroffene, der chronische Temposünder und Adrenalin-Junkie mit ständigem Stellen- und Partnerwechsel, welcher immer Neues anreisst, allen vieles verspricht, kaum etwas zu Ende bringt, sich chronisch verspätet und unter seinem Ruf der Unzuverlässigkeit seelisch zerbricht. Ja, das Störungsbild der ADHS, so wie es heute in den Klassifikationssystemen der DSM-IV und der

ICD-10 aktuell konzeptioniert wird, ist sehr facettenreich. Im Vergleich zu sehr vielen anderen Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters sind die Hauptsymptome der ADHS für sich gesehen wenig charakteristisch. Die Überlappungen mit anderen psychischen Störungen oder psychosozialen Belastungsreaktionen sind diesbezüglich gross. Nicht zuletzt gehören Aufmerksamkeitsschwächen, Impulsivität und Ungeduld bis zu einem gewissen Grad zur menschlichen Natur schlechthin und gewinnen speziell in unserer schnelllebigen Zeit immer mehr an Evidenz. Ausserdem umreissen die Leitsymptome der ADHS den Kern der Störung viel weniger genau als dies etwa bei Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Depressionen und erst recht bei Störungen aus dem autistischen Spektrum der Fall ist. So ist die Wahrscheinlichkeit, beispielsweise bei einer Angststörung die richtige Diagnose zu stellen, viel höher als bei der ADHS mit seiner unspezifischen Symptomvielfalt.

Problem: ADHS-Screening-Diagnostik

Wir haben es bei der ADHS leider nicht mit einem Syndrom zu tun, welches durch ein weitgehend identisches Muster von Symptomen gekennzeichnet ist. Im Gegenteil: Die ADHS ist charakterisiert durch eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität der beobachteten und im Einzelfall vorherrschenden Symptome. Das erschwert den diagnostischen Prozess auf vielfältige Art und Weise: So kommt etwa vielen der im klinischen Alltag eingesetzten ADHS-Screening-Fragebögen für Kinder und Erwachsene (zum Beispiel die Fragebögen von Conners, Brown oder Wender) einerseits eine recht hohe Sensitivität zu. Dies bedeutet, dass viele dieser Fragebögen ADHS-Betroffene mit einer grossen Wahrscheinlichkeit korrekt identifiziert. Andererseits sind diese ADHS-Screening-Tests sehr unspezifisch: Die Wahrscheinlichkeit, einen Patienten ohne ADHS, aber mit einer anderen, ähnlichen Kernproblematik korrekt als Nicht-ADHS-Betroffene/-r zu identifizieren, ist relativ klein. Wir sind immer wieder erstaunt, wie hoch die Werte in diesen ADHS-Screening-Tests

ausfallen, obwohl den Beschwerden andere Ursachen zugrunde liegen. Und wir stellen immer wieder fest, dass die Höhe des Störungsindex dieser Fragebögen nicht nur das Ausmass der Verhaltensauffälligkeiten, sondern vor allem auch die Sorgen und Überforderungsgefühle der Mütter und teilweise auch der Lehrkräfte widerspiegeln. Angesichts dieser Probleme, der hohen Komorbiditätsrate sowie der eindrücklich langen Liste der Differenzialdiagnosen erstaunt es, wie häufig die Resultate von ADHS-Screening-Tests in Untersuchungsberichten zum Beweis des Vorliegens einer ADHS Verwendung finden. Zudem besteht der Sinn von Screening-Tests (zu welchen auch die wissenschaftlich mehr oder weniger gut geprüften ADHS-Fragebögen gehören) ja nicht darin, exakte Diagnosen zu stellen, sondern möglichst viele potenziell Betroffene zu identifizieren, um diese dann einer genaueren Diagnostik zuführen zu können.

Auch hinsichtlich des Krankheitsverlaufes zeichnet sich die ADHS als nicht eben charakteristisch aus: Einen typischen Krankheitsverlauf, wie wir ihn etwa bei Angststörungen, Depressionen oder Störungen aus dem autistischen Spektrum her kennen, existiert bei der AHDS nicht.

ADHS: eine Modeerscheinung?

Aus den obigen Feststellungen ableiten zu wollen, bei der ADHS könne es sich angesichts der Vielfältigkeit des Beschwerdebildes gar nicht um eine valide Diagnose, sondern höchstens um eine Normvariante handeln, ist obsolet. Klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte auf der ganzen Welt wissen durch ihre Arbeit seit Jahrzehnten um die Existenz und Eigenständigkeit dieses Syndroms, welcher wir heute als ADHS konzipieren. Aber auch unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gilt die ADHS weltweit als evidenzbasierte und anerkannte Diagnose. Dies wurde auch in empirischen interkulturellen Studien belegt. Wir weisen im Speziellen auf das „International Consensus Statement on ADHD“, welches unter anderem auch von rund hundert klinisch und

wissenschaftlich tätigen Fachpersonen aus dem deutschen Sprachraum unterzeichnet wurde. Selbst für uns Praktiker, die wir uns auch in Sachen ADHS-Diagnostik zu den kritischen Zeitgeistern zählen, kommt dieser Diagnose eine unbestritten hohe Evidenz zu.

Zunahme von falsch-positiven ADHS-Diagnosen?

Das Wissen um die ADHS hat sich in den letzten vier, fünf Jahren stark verbreitet. Immer mehr ADHS-Betroffene kommen heute in den Genuss von qualifizierten therapeutischen Untersuchungen und therapeutischen Massnahmen. So kann heute immer mehr Menschen das Schicksal erspart bleiben, sich mit ihrer unerkannten und unbehandelten ADHS durch Schule, Ausbildung und Beruf, ja durch das ganze Leben quälen zu müssen. Zugenommen hat die Anzahl von deutschsprachigen Fachartikeln, von Ratgeberliteratur, ADHS-, Fach- und Patientenorganisationen sowie von ADHS-Websites und Internetforen. Stark zugenommen hat in den letzten Jahren nachweislich aber auch die Verschreibungspraxis von Stimulanzien. So hat sich in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten zehn Jahren die Anzahl der Verschreibungen verzehnfacht. Zugenommen hat leider auch – zumindest aus unserer Perspektive – die Anzahl derjenigen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, welche mit Stimulanzien behandelt werden, ohne dass ihren Problemen eine ADHS zugrunde liegt.

Wie wir darauf kommen, werden Sie sich vielleicht jetzt fragen. Uns werden viele Patientinnen und Patienten zu einer Second Opinion-Beurteilung zugewiesen, weil beispielsweise hartnäckige Verhaltens-, Beziehungs- oder Lernprobleme trotz medikamentöser Behandlung mit Stimulanzien fortbestehen. Oder weil man vermutet, dass das Medikament nicht recht wirke. Oder weil man einfach sonst nicht weiss, was mit einer Patientin oder einem Patienten wirklich los ist und wie man ihm helfen könnte. Bis 2004 mussten wir in den meisten Fällen feststellen, dass entweder trotz klarer ADHS-Problematik die Diagnose nicht gestellt wurde, dass trotz Indikation keine medikamentöse Behandlung erfolgte, dass die Stimulanzien zu

niedrig dosiert oder die kurze Wirkdauer der Stimulanzien nicht berücksichtigte wurde (Langzeitpräparate sind in der Schweiz erst seit Anfang 2005 auf dem Markt).

Wir stellen also immer häufiger fest, dass die gestellte ADHS-Diagnose entweder nicht stimmt, nur einen Teil des Beschwerdebildes abdeckt oder dass Stimulanzien einfach nur probatorisch (versuchsweise) verschrieben werden, ohne dass eine spezifische Diagnostik und Indikationsstellung erfolgte. Für ein Ritalin-Rezept ist heutzutage immer öfters nur noch ausschlaggebend, ob und nicht warum jemand unkonzentriert, impulsiv und hyperaktiv ist. Das Vorliegen von Hyperaktivität und/oder von Konzentrationsproblemen genügt einigen Ärztinnen und Ärzten offenbar, um ihren Patientinnen und Patienten probatorisch Ritalin zu verschreiben.

Dass nahezu alle psychischen Störungsbilder mit einem neuropsychologischen Äquivalent einhergehen, zu welchem unter anderem auch Störungen verschiedener Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen zählen, ist noch nicht allen ärztlichen und psychologischen Fachpersonen bekannt. Folge ist, dass Konzentrations- und Impulsregulationsstörungen voreilig mit ADHS gleichgesetzt werden und die Patienten damit nicht immer in den Genuss einer störungsspezifischen Behandlung kommen. Dabei spielen teilweise auch Eltern eine Rolle, welche die Ärztin beziehungsweise den Arzt nicht selten hartnäckig auf einen Behandlungsversuch mit Stimulanzien drängen.

Eine Studie aus dem Jahr 2000 ergab, dass es in einem Gebiet der USA zu vielen Fehlverschreibungen von Stimulanzien kam. Andere Untersuchungen zeigen hingegen, dass keine generelle Überversorgung mit Stimulanzien vorliegt. Studien aus Europa werden mit Sicherheit folgen.

Um nicht missverstanden zu werden: Auch heute kommt es auch aus unserer Erfahrung noch sehr viel häufiger vor, dass ADHS-Betroffene diagnostisch gar nicht erkannt werden und ihnen in der Folge auch ein Behandlungsversuch mit Stimulanzien vorenthalten bleibt (das gilt insbesondere für Menschen mit einer ADHS vom

unaufmerksamen Typus). Untersuchungen zur Behandlungshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland zeigen denn auch, dass diese deutlich unter der Störungsprävalenz liegt. Die von uns subjektiv konstatierte Zunahme von falsch-positiven ADHS-Diagnosen sagt also keineswegs aus, dass die ADHS – im Sinne einer Modediagnose – generell zu häufig diagnostiziert wird und dass eine Überversorgung mit Stimulanzien vorliegt.

Keine ADHS, sondern...

Bei denjenigen Kindern, bei denen wir eine bereits gestellte ADHS-Diagnose nicht bestätigen konnten, beruhten die Verhaltens- und Lernprobleme primär entweder auf kognitiven, emotionalen oder zwischenmenschlichen Störungen. Bei den in diesem Zusammenhang vorkommenden Aufmerksamkeitsproblemen und/oder der Überaktivität handelte es sich um sekundäre beziehungsweise reaktive Phänomene. Zu Ersteren zählen insbesondere: (Entwicklungs-) Störungen der verbalen und/oder nonverbalen Merk- und Lernfähigkeit (also der Störungen der Gedächtnisfunktionen), Lese- und Rechtschreibstörung, Störungen der Raumverarbeitung (vor allem räumlich-konstruktive Störungen) und damit zusammenhängend Dyskalkulie, Entwicklungsstörungen der Motorik, Sprachentwicklungsverzögerung sowie in selteneren Fällen Lernbehinderung (leichte Minderintelligenz) oder Hochbegabung. Deutlich zunehmend ist zudem die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, bei welchen wir primär einen krankhaft hohen Konsum von Bildschirmmedien und PC-Games als Ursache für Impulsivität, Aufmerksamkeits- und Lernstörungen ausmachen. Bei den primär emotionalen Störungen beobachteten wir im klinischen Alltag in erster Linie Angststörungen und depressive Zustandsbilder. Und es kommt immer wieder vor, dass es sich bei dem vermeintlichen ADHS um Ausdruck einer familiären Problematik handelt (nicht selten im Zusammenhang mit hohen Erwartungen an das Kind). Bei Erwachsenen, bei denen wir einen ADHS-Verdacht oder eine ADHS-Diagnose nicht bestätigen können, zeigt es sich, dass die Probleme

der Patienten sich entweder auf eine charakterliche Disposition, psychosoziale und/oder geschlechtsspezifische Probleme (zum Beispiel Überforderung von allein erziehenden Müttern mit Kindern mit einer ADHS, Druck am Arbeitsplatz) und in einzelnen Fällen auch auf dezidierte Persönlichkeitsstörungen zurückführen liessen. Dabei handelte es sich vor allem um zwanghafte, histrionische oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen sowie um Patientinnen und Patienten mit einer Zyklothymia (chronische emotionale Instabilität mit wechselnden Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung). Und immer wieder kommt es bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen halt auch vor, dass sich die persönlichen Beschwerden – so genau sie auch erfasst und beschrieben wurden – keinem in der Psychopathologie heute bekannten Syndrom oder Störungsbild zuordnen lassen. Menschen und ihre Probleme lassen sich nicht immer in diagnostische Klassifikationssysteme einordnen.

Als problematisch muss in diesem Zusammenhang der Umstand bezeichnet werden, dass die beiden internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 bei der ADHS ausschliesslich psychopathologische, nicht aber neuropsychologisch beschreibbare Differenzialdiagnosen, wie zum Beispiel Entwicklungsstörungen des räumlichen Vorstellungsvermögens, erwähnen. Die Beschränkung auf eine rein psychopathologische Sicht bei der Überprüfung von möglichen Differenzialdiagnosen einer ADHS sowie die Vernachlässigung einer neuropsychologischen Perspektive erscheinen speziell bei diesem Störungsbild unangebracht: Selbst im Erwachsenenalter beruht eine ADHS bis in die Gegenwart hinein auf fortbestehenden neuropsychologisch beschreibbaren zerebralen Funktionsstörungen (was nicht impliziert, dass diese zwingend in neuropsychologischen Tests abbildbar sein müssen). Differenzialdiagnosen müssen folglich nicht nur auf der Ebene psychopathologischer Erkrankungen oder psychosozialer Umstände Berücksichtigung finden, sondern vor allem auch auf der primären Ebene der neuropsychologisch beschreibbaren kognitiven Funktionsstörungen. Bei Kindern sind dabei nicht nur die Legasthenie oder die Rechen-

schwäche gemeint, sondern auch räumlich-kognitive und/oder räumlich-konstruktive Störungen (also Störungen des räumlichen Vorstellungs- und/oder des räumlichen Umsetzungsvermögens) sowie Störungen der verbalen oder visuell-figuralen Gedächtnisfunktionen. Patientinnen und Patienten mit diesen neuropsychologisch beschreibbaren Grundstörungen können, wie dargestellt, sekundär Aufmerksamkeits-, Lern- und Verhaltensstörungen zeigen, welche einer ADHS täuschend ähnlich sein können.

Menschen leiden nicht an Diagnosen

Wieso ist das Thema der Differenzialdiagnostik der ADHS so wichtig? Es geht darum, dass Menschen ja nicht an abstrakten Begriffen (Diagnosen) an sich leiden, sondern an ihren je individuellen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag. Und da kann es sein, dass ein Kind im Schulalltag Verhaltensauffälligkeiten zeigt, welche sowohl Ausdruck einer ADHS, aber auch Folge einer Teilleistungsstörung oder einer familiären Problematik sein könnten. Und schliesslich kann es sich auch um eine Kombination verschiedener Faktoren handeln: Wenn es beisst, können es bekanntlich Läuse oder Flöhe sein – oder Läuse und Flöhe. Um eine zielgerichtete Therapien planen zu können, muss man also so gut wie möglich klären, welche Ursache den Aufmerksamkeits- und Impulsregulationsproblemen zugrunde liegen. Das Wissen um Syndrome, welche der ADHS ähnlich sind, kann helfen, die Beschwerden von Kindern, Jugendlichen, aber auch Erwachsenen, nicht einfach auf eine ADHS-Diagnose zu reduzieren, sondern sie ganzheitlich zu verstehen und den Ursachen für ihre Probleme so genau wie möglich auf den Grund zu gehen. Das Ziel ist schlussendlich, sie fachgerecht und umfassend zu therapieren. Eine ADHS zu behandeln und dabei eine parallel vorliegende Teilleistungsstörung zu übersehen, ist fatal. Gleiches gilt auch für isolierte Merkfähigkeits-, Lern- und Gedächtnisstörungen bei Kindern, welche in der Regel oft als Ausdruck einer ADHS missverstanden werden. Das ist der springende Punkt.

David – ein Fallbeispiel

Die obigen Ausführungen machen verständlich, wieso bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS eine sehr sorgfältige klinisch- und neuropsychologische Abklärung unabdingbar ist. Zu ähnlich sind ADHS-Symptome den Begleitphänomenen anderer Erkrankungen und Entwicklungsstörungen. Exemplarisch dafür, dass nicht nur die ADHS zu Konzentrationsschwächen, Ablenkbarkeit, Impulsivität, fehlender sozialer Anpassung führen kann, stelle ich im Folgenden David vor.

David war 11 Jahre alt und besuchte die fünfte Klasse. Er wurde uns von einem mit der ADHS vertrauten Kinderarzt aus O. zugewiesen. Im Zuweisungsschreiben lautete die Diagnose: „Hypoaktives POS beziehungsweise ADHS vom unaufmerksamen Typus mit aggressiven und oppositionellen Verhaltensstörungen sowie Zwängen“. Die Medikamente wurden ohne grosse Erfolge mehrfach gewechselt. Aktuell wurde David mit einem herkömmlichen Stimulans behandelt. Der Knabe, so schrieb der Arzt im Überweisungsschreiben, würde in der Schule seit langem gemobbt.

Im Erstgespräch, welches wir immer zuerst alleine mit den Eltern führen, berichteten diese Folgendes: David war von Anfang an anders als andere Kinder. Er sei ein sehr stilles Baby gewesen. Da er nie auf Geräusche reagierte, habe man schon im ersten Lebensjahr gedacht, dass er nicht richtig hört. Wiederholt wurde sein Gehör geprüft. Es war immer alles in Ordnung. Die Sprachentwicklung verlief unauffällig, David habe sogar recht früh und auf Anhieb erstaunlich gut gesprochen. Mit andern Kindern hat David nie gespielt. Sie schienen ihn schlicht und einfach nicht zu interessieren. David war und ist bis heute ein Einzelgänger. Auch mit seiner um zwei Jahre älteren Schwester beschränkten sich die Begegnungen im Grunde genommen auf Reibereien. Mit dem Bruder (+3) bestehe so gut wie gar kein Kontakt. David könne auch heute noch extrem wütend reagieren. Vor allem dann, wenn sich etwas in der Umgebung oder im Tagesablauf unerwartet ändere. Auch heute noch muss man ihm alles möglichst frühzeitig ankündigen. Mutter-Kind-Turnen und Kinder-

garten verliefen ebenfalls sehr schwierig: David hat sich nie eingefügt, hat immer angeeckt und sich meistens alleine beschäftigt.

Sonderbar war auch sein Spielverhalten: Rollen- oder andere Fantasiespiele, wie etwa der Kaufmannsladen oder die Spielpost, hätten David im Gegensatz zu seinen Geschwistern nie interessiert. Er liebte es stattdessen, alleine und stundenlang seine Schmucksammlung zu inspizieren, durchzuzählen und aufzureihen: David liebt nämlich glänzende Steinchen, sammelte seit früher Kindheit funkelnden Alt- und Modeschmuck und wusste bereits zu Beginn des Kindergartens, was Swarowski bedeutet. David spielte auch mit Lego und Playmobil. Spielen hiess und heisst für David immer, dass er seine Edelsteine, die Lego-Teile oder Playmobil-Figuren (wie auch im Umgang mit seinem Schmuck) fein säuberlich sortiert und sie dann in eine gerade Reihe legt oder in andere Muster anordnet. David konnte und kann bis heute unentwegt von diesen – sich im Verlauf der Zeit – wechselnden Spleens reden. Dass sich niemand für seine immer wieder ergiessend vorgetragenen Ansichten über Schmucksteine interessierte und er gelegentlich auch Bemerkungen, ob er eigentlich ein Mädchen sei, zu hören bekam und noch bekommt, scheint ihn bis heute nicht zu stören.

David hatte auch andere seltsame Gewohnheiten: Einschlafen kann er bis heute nur, wenn ein fixes Ritual eingehalten wird: Zuerst musste die Bettdecke zurechtgerückt werden. Und zwar in der immer gleichen Reihenfolge. Dann müssen Stofftiere ebenfalls in eine genau definierte Reihenfolge auf dem Bord neben dem Bett aufgereiht werden. Wehe, man hält dies nicht sorgsam ein: David rastet auch heute noch total aus, wenn man dieses Ritual nicht penibel genau beachtet. Beim Essen gibt es auch heute noch riesengrosse Probleme: David isst am liebsten nur Reis oder nur Nudeln oder nur Kartoffelpüree. Wenn es mehrere Speisen auf einem Teller hat, dürfen diese sich nicht berühren. Passiert das beim Schöpfen doch einmal, ist der Teufel los.

Die Einschulung war sehr typisch für David, berichteten die Eltern. Als die Lehrerin am ersten Schultag fragte, wer sich alles auf

die Schule freue, streckten alle auf – ausser David. Fadengerade und unmissverständlich habe er als einziges Kind vor versammelter Schüler- und Elternschaft der Lehrerin erklärt, er komme nicht gerne in die Schule. Allen Anwesenden sei der Mund offen stehen geblieben. Dass David sehr direkt sei und alles wörtlich nehme, sei generell mehr als nur mühsam: Kürzlich habe er im Garten aus altem Holz ein Feuer entfacht, obwohl es regnete. Es qualmte wie verrückt und die Mutter wies ihn an, vor dem Haus jetzt doch nicht schon wieder so einen Unsinn anzustellen. Zehn Minuten später habe die Mutter festgestellt, dass es hinter dem Haus qualmte. Sie stellte David hart zur Rede. Er erwiderte lauthals, sie habe doch gesagt, er solle nicht vor dem Haus ein Feuer machen. Und er sei doch jetzt hinter dem Haus. Das sei doch ungerecht, habe er gebrüllt.

Ähnliches passiert auch bei den Hausaufgaben, wo es immer zu extremen Streitereien kommt: Kürzlich musste David als Hausaufgabe zwei Arbeitsblätter durcharbeiten, was er aber nicht machte, mit der Begründung, die Lehrerin habe gesagt, sie sollten sich die Arbeitsblätter sehr gut ansehen. Und genau das, also sie gut ansehen, habe er schliesslich gemacht. Davids Sturheit sei extrem und durch nichts habe man den Buben davon überzeugen können, dass die Lehrerin mit Ansehen natürlich meinte, dass die Blätter durchgelesen werden müssten. Solcherart verbeisst sich David oft in einzelne Worte, was häufig in einen Streit münde.

Von Beginn an war es in der Schule schwierig mit David. Er störte, schwatzte dazwischen und schien nicht zu begreifen, was man in welchen Situationen machen und sagen durfte und was nicht. Auch heute noch scheint er nicht zu wissen, wen er duzen und wen siezen soll: So duzte er kürzlich ohne Scham den Zahnarzt (oder auch uns; Anmerkung der Verfasser/-in). Nicht nur in der Schule, sondern überall sagte David ganz direkt, was er gerade dachte. Einkaufen mit ihm war und ist unmöglich: Lauthals kann sich David beim Einkaufen an der Kasse über eine übergewichtige Kundin auslassen und dem Coiffeur sagte er kürzlich ungeniert, dass dieser Mundgeruch habe. David ist – so seine Eltern – extrem egoistisch.

Die Bedürfnisse und Ansichten anderer mit einbeziehen könne er nicht.

Auch den Grosseltern gegenüber verhalte sich David total daneben: Wenn er sie besucht, mustert er normalerweise als Erstes schweigend den Eingang und den Wohnraum und schaut, ob sich irgendetwas verändert hat. Er setzt sich meistens irgendwo hin und kann dann eine halbe Ewigkeit sein Taschenmesser auf- und zuklappen. Meistens fängt er dann an, über Schmuck und neuerdings über Eisenbahnen zu referieren. Er merkt einfach nie, dass andere das gar nicht interessiert und redet einen regelrecht zu Boden.

Grüssen tut David nur, wenn man ihn direkt dazu auffordert und selbst dann nur widerwillig. Dem Gegenüber dabei in die Augen sehen, gehe bis heute nicht. Es sei einfach oftmals sehr, sehr peinlich mit David. Rasend kann es die Eltern machen, wenn sie einmal mehr realisieren, dass David selber sich nie schuldig fühle, wenn er sich daneben benommen hat. Oft habe er überhaupt keine Einsicht. Eigenartig sei es auch, wenn alle zusammen etwas Lustiges am TV ansehen: David reagiert oft aggressiv, wenn andere lachten. Er versteht selten, wieso andere lachen. An Intelligenz mangelt es ihm nicht, aber die Pointen versteht er trotzdem nie. Nur mit Mr. Bean könne man David zum Lachen bringen.

Daheim ist David sehr unselbstständig. Man kann ihm hundert Mal erklären, wieso er etwas tun oder lassen soll. Wenn etwas für ihn nicht absolut logisch ist, kapiert er nichts oder will nichts kapieren. Dass andere sich daran stören, wenn das WC nicht gespült ist, alle Lichter brennen oder er die Musik zu laut aufgedreht hat, scheint er nicht zu merken. Einiges an Umgangsformen und Hausregeln lernte David über ein Belohnungssystem, aber nicht über Einsicht oder weil er spürte, der Mutter damit Freude zu bereiten, sondern allein der materiellen Belohnung wegen. Für Davids Mutter besonders schlimm ist die Feststellung, dass ihr Sohn sie total kalt auflaufen lassen kann und einfach nicht zu spüren scheint, dass sie ihn ja liebt und es gut meint mit ihm.

Aus dem Bericht der Lehrerin: In der Schule geht es mit David leistungsmässig ordentlich gut. Er wäre aber zu besseren Leistungen fähig. Das Problem ist, dass David oft geistesabwesend und in Gedanken versunken ist. Immer wieder passiert es, dass der Knabe bei Stillarbeiten an Details hängen bleibt und den Überblick verliert. Aufsätze schreiben geht nur mit grosser Mühe, da er sich auch hier in seinen Ausführungen verliert. Wenn ihn etwas nicht interessiert, sind seine Schulleistungen nicht immer genügend. Die Lehrerin berichtete, dass David oft sehr hochgestochen und geschwollen spreche und oft Redewendungen und Metaphern in einem unpassenden Sinn verwende. Andere Kinder lachen dann oft, was ihn aber erstaunlicherweise nicht gross störe. Es sei ein Glück, dass es David nicht so wichtig sei, was andere über ihn denken. David wisse viel, stelle aber oft Fragen, die nicht direkt zum Thema passen. In den Pausen sei David immer alleine. Er gehe schon nach draussen, aber nur, um den anderen zuzuschauen. Vor dem Turnunterricht stehe er oft in einer Ecke der Turnhalle und verknote gedankenversunken irgendwelche Seile. Turnen selbst klappe nicht gut. David sei motorisch sehr ungeschickt und wirke ängstlich.

In der Klasse ist David zurzeit akzeptiert. Man hat sich mit seiner speziellen Art irgendwie arrangiert. Er gilt als „Typ von einem anderen Planeten“. Bei Frotzeleien wehrt er sich nie, aber alle zwei, drei Wochen passiert es, dass er übermässig aggressiv reagieren kann. Wirklich Schlimmes hat sich aber noch nie ereignet. Letztes Jahr sei er gemobbt worden. David wehre sich halt immer viel zu spät oder gar nie. Jetzt achte sie vermehrt darauf.

Der Erstkontakt in der Praxis

Als David zu uns in die Praxis kam, zeigte sich schnell, dass mit dem Buben etwas nicht stimmte. Während des Händedrucks bei der Begrüssung wandte sich David mit dem Oberkörper seitlich ab und reagierte beinahe so, als könnte er durch sein Gegenüber mit einer Krankheit angesteckt werden. Ein Blickkontakt kam kaum oder nur

extrem kurz zustande, fast so, als würde ich ihn durch meinen Anblick blenden.

In unserer Praxis beginnt die Diagnostik nicht selten bereits im Wartezimmer, wo sich unter anderem ein vierstöckiges Puppenhaus befindet. Auch David interessierte sich dafür. Als erstes verfrachtete der Knabe kurzerhand alle Hausbewohner/-innen (Grossfamilie) des Puppenhauses in die Garage und begann fein säuberlich, alle kleinen Möbel und Dutzende von Wohn-, Haushalts-, Badezimmer- und Küchenutensilien aufzuräumen, was ihm auch hervorragend gelang. Die Puppenhausbewohner liess der Knabe auch nach Abschluss seiner Aufräumarbeiten auf einem Haufen in der Garage liegen. Auf meine Frage, wo denn die Kinder, die Eltern und Grosseltern geblieben sind, antwortete David kurz angebunden: „Die braucht es nicht!“

Nach Aufforderung folgte der Knabe mir dann anstandslos in mein Sprechzimmer, wo mir auffiel, dass er erst auf meine ausdrückliche Einladung hin die Tür hinter sich zuzog und sich hinsetzte. David sprach nie von sich aus. Er gab nur kurze Antworten oder erzählte in seiner sehr geschliffenen Art irgendetwas, ohne bei einem von mir angeschnittenen Thema länger zu verweilen. Er schien dabei immer davon auszugehen, dass ich wissen müsste, wovon er sprach. Als ich ihn zum zweiten Mal unterbrach, weil mir wiederholt der Kontext fehlte und ich nicht verstand, was mir der Knabe berichten wollte, reagierte David irritiert und leicht ungeduldig. Er schien nicht wirklich zu verstehen, was ich von ihm erwartete.

David wirkte altklug, aber auch intelligent. Er dozierte über Schmucksteine und Kristalle wie ein abgehobener Professor, dem es gleichgültig ist, ob seine Studentinnen und Studenten am Thema Interesse haben oder nicht. Ja, er habe viele Freunde, antwortete David auf meine diesbezügliche Frage. Als ich nachfragte, wie diese heissen, stellte sich bald heraus, dass das Gegenteil der Fall war. David kannte nicht einmal die Namen seiner Mitschüler (obwohl er seit fünf Jahren die gleiche Klasse und das gleiche Schulhaus besuchte). Er hatte keinen Freund und es war ihm auch nicht wichtig, einen zu

haben. Den Unterschied zwischen Freund und Schulkollege vermochte er mir nicht zu beschreiben. Es war schwierig, mit David ein geordnetes klinisches Explorationsgespräch zu führen. Ich benötigte ob des zähen Informationsflusses viel länger als gewohnt. Im Spontanverhalten wirkte der Knabe ungelenk und unbeholfen. Ein emotionaler Rapport kam nur ansatzweise und erst gegen Ende des letzten Untersuchungstermins zustande.

Testuntersuchungen

Die meisten neuropsychologischen Tests absolvierte David problemlos und zwar auch ohne Ritalin. Bei Kindern, die bereits mit Stimulanzien behandelt werden, erfolgen die Eingangsuntersuchungen immer ohne Medikamente, wobei einige der Tests später auch unter der Wirkung des Medikamentes wiederholt wurden. Auch bei den Testuntersuchungen fiel uns auf, wie wörtlich der Knabe alles nimmt: In einem Untertest des HAWIK-III muss aus jeweils vier Karten eine sinnvolle Bildergeschichte gelegt werden. Auf die Instruktion hin, die ihm vorgelegten vier Bilder in die richtige Reihe zu bringen, legte David sie fein säuberlich und auf den Millimeter genau hintereinander in eine Reihe. Dass ich dabei die inhaltlich richtige Reihenfolge meinte, begriff er erst nach mehrmaligen Erklärungen anhand einfacher Beispiele. Doch auch dann erkannte er den Zusammenhang in den Bildergeschichten oft nicht.

Bei einem computergestützten Test zur Gesichterwahrnehmung fiel auf, dass David Emotionen in Gesichtern nicht gut erkennen beziehungsweise nicht gut zuordnen konnte (die Aufgabe verlangte eine Zuordnung wechselnder Gesichter mit sechs verschiedenen emotionalen Ausdrücken zu einer Auswahl von sechs gleich bleibenden Gesichtern, welche je eines der sechs dargebotenen Emotionen zeigen). In einem zweiten Schritt wird geprüft, wie exakt die Probanden die zuvor präsentierten Gesichter wiedererkennen. Es fiel David schwer, dasjenige Gesicht zu identifizieren, welches den gleichen Affekt ausdrückte. Auch brauchte er extrem lange, bis er sich jeweils für eine Zuordnung entscheiden konnte. Visuell-analytische

Wahrnehmungsprobleme, welche Davids Schwierigkeiten hätten erklären können, bestanden nicht.

Daraufhin habe ich David eine Bildkarte vorgelegt, auf welcher folgende Szene abgebildet war: Ein Kind steht im Zentrum des Bildes und wird von zwei deutlich älteren Burschen bedroht, was normalerweise sehr deutlich aus der Körperhaltung der Beteiligten sowie der Bildkonstellation geschlossen werden kann. Zudem macht das Kind einen sehr ängstlichen Gesichtsausdruck und auch seine Körperhaltung bringt klar zum Ausdruck, dass es sich eingeschüchtert fühlt. Ich bat David nun, mir zu sagen, was er sehe und was da vor sich gehe.

David sagte: „Da ist eine Mauer und ein Baum". „Und weiter?", fragte ich. David: „Ein Mädchen und ein Mann und ein Kind." Was da vor sich gehen könnte, schien er nicht zu sehen. Wo er ein Mädchen sehe, wollte ich wissen. Er wies auf die linke Figur und sagte: „Wegen den violetten Hosen". Davids Fähigkeiten, soziale Zusammenhänge in Bildergeschichten, Witzzeichnungen, auf Fotografien mit zwischenmenschlichen Szenarien oder in Comics zu erkennen, erwiesen sich gegenüber Gleichaltrigen als massgeblich reduziert.

Auch beim nächsten Bild sollte David erzählen, was darauf geschieht. Darauf abgebildet ist eine Feier mit sehr elegant gekleideten Personen, im Zentrum des Bildes steht ein nachlässig gekleideter Mann, welcher sich offensichtlich in das falsche Fest verirrt hat und von der Gastgeberin vermutlich gerade eben gebeten wird, den Festsaal zu verlassen. Die umherstehenden Gäste starren alle den unpassend gekleideten Mann in der Mitte an. Worum es sich hier handle, fragte ich meinen jungen Patienten. Was passiert da? David antwortete: „Der Mann ist nicht rasiert. Und er hat eine Cola. Am Boden liegen Äste". Die einfach zu erkennende Konstellation, dass der Mann definitiv nicht in diese Gesellschaft passt und die Tatsache, dass alle entgeistert auf den Vagabunden starren, sah David nicht. Er erkannte zwar Einzelheiten, aber nicht den sozialen Sinnzu-

sammenhang, der in diesen Bildern oder den Bildergeschichten enthalten war.

Wer nun vermutet, dass bei David eine Minderintelligenz vorliegt, irrt: Wie die Testuntersuchung ergab, liegt sein IQ im oberen Normbereich.

Täuschend ähnlich

Dass der Kinderarzt von David an eine ADHS dachte, ist auf den ersten Blick gut nachvollziehbar: David beachtete ja häufig Einzelheiten nicht und infolge seiner Geistesabwesenheiten unterliefen ihm oftmals Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten oder bei anderen Tätigkeiten. Ebenso wie Kinder mit einer ADHS bekundete auch David häufig Schwierigkeiten, bei Hausaufgaben die Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten. Auch schien der Knabe häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprachen. Er hatte Mühe, Anweisungen anderer vollständig durchzuführen und Schularbeiten sowie andere Verrichtungen oder Pflichten zu Ende bringen. Wie die meisten Kinder mit einer ADHS verlor auch David häufig Gegenstände, die für Aktivitäten daheim und in der Schule benötigt wurden und wirkte bei Alltagstätigkeiten oft vergesslich.

Weitere ADHS-ähnliche Verhaltensweisen, die bei David auffielen: In der Klasse oder in Situationen, in denen sitzen bleiben erwartet wird, stand David häufig auf und lief herum. Er redete oft übermässig viel und litt unter „Sprechdurchfall“. Auch platzte David häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt war, vermochte nur schwer warten, bis er an der Reihe war, unterbrach und störte andere häufig bei Gesprächen oder Spielen und reagierte oft zu impulsiv. Gemessen an den diagnostischen Leitlinien des DSM-IV-TR würden Davids Verhaltensauffälligkeiten also durchaus denen einer ADHS entsprechen.

Asperger-Syndrom

David leidet nicht an einer ADHS, auch wenn viele seiner Verhaltensweisen, wie etwa und die Konzentrationsprobleme oder das trot-

zig-oppositionell anmutende Verhalten auch bei Vorliegen einer ADHS auftreten können. Der Knabe leidet am sogenannten Asperger-Syndrom (AS), einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung der sozialen Wahrnehmung und der Beziehungsfähigkeit. Nicht nur der klinische Befund und die eindrücklichen Schilderungen der Eltern, sondern auch die Entwicklungsgeschichte und die Auswertung verschiedener AS-Screening-Fragebögen ergaben, dass an der Diagnose eines AS wenig Zweifel blieben. Einer komorbiden Zwangsstörung kam wenig Evidenz zu.

Beim AS handelt es sich um eine leichte Form einer autistischen Störung, die 1944 erstmals vom Wiener Kinderarzt und Leiter der Heilpädagogischen Station der Universitäts-Kinderklinik Hans Asperger beschrieben wurde. Mehrere Jahrzehnte blieb diese Störung jedoch relativ unbekannt. Erst mit der englischsprachigen Publikation von Lorna Wing (1981) und schliesslich mit der Aufnahme der Diagnose in die beiden führenden psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV änderte sich die Situation.

Diagnosekriterien für das Asperger Syndrom gemäss DSM-IV[2]

Beim AS bestehen massgebliche Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, die sich gemäss DSM-IV-TR in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestieren:

- Deutliche Beeinträchtigung bei vielfältigen nonverbalen Verhaltensweisen, wie dem In-die-Augen-Schauen, der Mimik sowie der Gesten zum Regulieren der sozialen Interaktionen.
- Unvermögen, dem Entwicklungsniveau entsprechend Beziehungen zu Gleichaltrigen zu entwickeln.
- Mangelnder spontaner Wunsch, mit anderen Vergnügen, Interessen oder Errungenschaften zu teilen (zum Beispiel macht der

[2] Die diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms beruhen auf der zur Zeit aktuellen vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) von 1994. Im Mai 2013 wird DSM-V erscheinen. Dies wird mit Anpassungen der diagnostischen Kriterien für Störungen aus dem Autismus-Spektrum einhergehen.

Betroffene keine Anstalten, Gegenstände seines Interesses anderen Menschen zu zeigen, ihnen zu bringen oder sie darauf hinzuweisen).
- Fehlende soziale oder emotionale Reziprozität (Gegenseitigkeit).

Ausserdem bestehen beim AS begrenzte, vom sozialen Bedeutungskontext weitgehend losgelöste, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten, die sich in mindestens einem der folgenden Merkmale zeigen:

- Konzentrierte Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessenmuster, welches bezüglich der Intensität oder aus inhaltlicher Sicht abnorm erscheint.
- Sture Befolgung spezifischer, nonfunktionaler Routinen und Rituale.
- Stereotype und repetitive motorische Manierismen (zum Beispiel das Schnippen oder Verdrehen der Finger oder komplexe Bewegungssequenzen mit dem ganzen Körper). Anhaltende Beschäftigung mit einzelnen Teilstücken oder Gegenständen.

Im Weiteren setzt das DSM-IV-TR zur Diagnose eines AS voraus, dass die Störung bedeutende Beeinträchtigungen im Sozialen, Beruflichen oder auf einem anderen wichtigen Gebiet verursacht. Im Gegensatz zur Diagnose des Autismus existiert beim AS weder eine klinisch bedeutsame allgemeine Sprachverzögerung noch eine bedeutsame Verzögerung in der kognitiven Entwicklung. In der DSM-IV nicht erwähnt, aber trotzdem sehr charakteristisch ist eine hochstehende, grammatikalisch richtige, originelle Sprache, die sich daneben mit Wortneuschöpfungen, unpassenden Verwendungen von Metaphern sowie Auffälligkeiten in Sprachrhythmus, der Aussprache, der Sprechgeschwindigkeit oder der Tonhöhe auszeichnet.

Häufigkeit und Begleiterkrankungen des AS

Das AS tritt wesentlich seltener auf als die ADHS. Zuverlässige Angaben zur Prävalenz des AS liegen uns nicht vor. Je nach Studie soll das AS bei zwischen 2.5 bis 48 von 10‘000 Kindern vorkommen (ADHS: ungefähr 6 von 100). Bei Jugendlichen mit einem AS ist es nicht immer einfach, das Störungsbild von dem einer beginnenden juvenilen Schizophrenie abzugrenzen. In der Regel ist eine längere Beobachtungszeit erforderlich, um eine diagnostisch zuverlässige Beurteilung zu ermöglichen.

Wie schon die ADHS, kommt auch das AS selten allein. In rund zwei Drittel der Fälle bestehen komorbide Störungen. Aus unseren Beobachtungen stehen dabei Zwänge, Tics und das Tourette-Syndrom sowie insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen depressive Störungen im Vordergrund. Auch Essstörungen, Mutismus und aggressives Verhalten kommen vor. Da die Betroffenen oft unaufmerksam und impulsiv sind, zeigen viele von ihnen ebenfalls ADHS-ähnliche Symptome.

Worin unterscheiden sich das AS und die ADHS?

Auch wenn sich im klinischen Alltag die Symptome der ADHS und des Autismus zu überlappen scheinen, stellt die Diagnose eines Autismus gemäss den Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10 ein Ausschlusskriterium für die Diagnose einer ADHS dar. Wir finden, dass diese Differenzierung zu Recht erfolgt. Zu unterschiedlich nämlich zeigen sich dem Kliniker bei näherer Betrachtung Art, Ausprägung und Verlauf der Problematik.

Wahrnehmung und Aufmerksamkeit

Menschen mit AS zeichnen sich durch einen deutlich ausgeprägten detailorientierten Wahrnehmungsstil aus. Die anderen Menschen normalerweise zur Verfügung stehende Fähigkeit zur automatischen Kontextwahrnehmung, also das spontan ganzheitliche und gestalterschliessende Erfassen und Interpretieren von Stimuli aus dem Kontext (sogenannte zentrale Kohärenz), bleibt AS-Betroffenen weitge-

hend verschlossen. Währenddem ADHS-Patientinnen und -Patienten in der Regel zu vieles gleichzeitig wahrnehmen und dadurch Mühe haben, sich zu fokussieren und zu konzentrieren, nehmen viele Menschen mit einem AS also vorwiegend Details, nicht aber die mit ihnen vernetzten Umgebungsinformationen war. Das kann unter anderem dazu führen, dass diese Dinge vergessen werden. Dies geschieht aber eben nicht, weil die AS-Betroffenen ADHS-typisch zerstreut sind, sondern weil sie den vergessenen Gegenstand trotz normalem Aufmerksamkeitsverhalten nicht gesehen haben. Sie wirken im Alltag unkonzentriert und zerstreut, weil sie die Welt nur sehr punktuell und fragmentiert wahrnehmen und ihnen die soziale Anpassung ungeheuer viel Energie abverlangt. Die etwa im Schulalltag zu beobachtenden Konzentrationsschwächen sind also in erster Linie Auswirkungen von Besonderheiten in der Wahrnehmung: Mit einem ausgeprägt detailorientierten Wahrnehmungsstil ist es nämlich viel anstrengender, das Ganze einer Schulstunde, einer Gruppenarbeit oder einer anderen Lebenssituation zu erfassen. Kinder mit einem AS kostet es infolge dieses Defizits sehr, sehr viel Kraft, sich nach aussen zu orientieren. Und das geht zu Lasten ihrer Aufmerksamkeitskapazität. Weitere mögliche Auswirkungen dieser Überforderung können das häufige Verlieren von Gegenständen sein oder das Nichtreagieren, wenn sie angesprochen werden.

Ganz anders bei ADHS-Menschen, welche sich vor allem von äusseren Signalen leicht ablenken lassen: Sie können sich nicht auf Details fokussieren, weil sie zu sehr kontextorientiert sind. Menschen mit einem AS zeigen daher grundsätzlich geringer ausgeprägte und vor allem andere Formen von Aufmerksamkeitsproblemen, als ADHS-Betroffene. Sicher, auch viele AS-Betroffene sind sehr unkonzentriert. Im Gegensatz zu Menschen mit einer ADHS werden sie aber nicht primär von aussen, sondern mehrheitlich von innen abgelenkt. Sie sind unkonzentriert, weil sie von ihren Versuchen, das syndromtypisch oft nur teilweise Wahrgenommene zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzusetzen, überanstrengt sind. Oder sie wir-

ken unkonzentriert, weil sie übermässig stark auf ein Detail fokussiert sind.

AS-Betroffene werden also hauptsächlich durch ihre eigenen Gedanken und Fantasien sowie durch ihre im Kontakt mit der Aussenwelt erzeugte Verwirrtheit abgelenkt. Ganz anders bei ADHS-Patientinnen und Patienten: Sie werden abgelenkt durch eine Fliege am Fenster, einen Fussel auf der Jacke des Lehrers oder dem speziellen Geräusch, wenn beim Stillunterricht ein Mitschüler den Klebeverschluss einer Packung Taschentücher aufreisst. Sie nehmen also von allem zu viel auf und reagieren auf das Wahrgenommene viel zu schnell. AS-Betroffene hingegen nehmen nur einzelne, mit der unmittelbaren Umgebung nicht oder nur ungenügend verwobene Mosaikstücke ihrer Umwelt auf. Schon Hans Asperger stellte diese Unterschiede fest:

> *„Es sind also nicht oder nicht nur die landläufigen Konzentrationsstörungen neuropathischer Kinder zu beobachten, die von allen äusseren Reizen, von jeder Bewegung und Unruhe um sie her von ihrem Arbeitsziel abgelenkt werden. Diese Kinder sind vielmehr von vornherein gar nicht geneigt, ihre Aufmerksamkeit, ihre Arbeitskonzentration aus das zu richten, was die Aussenwelt, in diesem Fall die Schule, von ihnen verlangt.“ (Asperger, 1944)*

Einfühlungsvermögen

Menschen mit einem AS haben oft grosse Schwierigkeiten, wenn es darum geht, zu verstehen, was andere denken, fühlen, wünschen oder beabsichtigen. So antwortete David auf meine Frage, wieso er keine Freunde habe, dass er nicht sehe, wofür sich andere interessieren. David kann Gedanken von anderen Menschen nicht „lesen“. Er merkt nicht, welche Motive andere veranlassen, etwas zu tun oder zu lassen. Daher ist es ihm nicht möglich, einzusehen, zu verstehen und nachzuvollziehen, wenn man ihm erklären will, dass sein Verhalten andere verletzt oder stört. Er sieht nicht in andere Menschen hinein.

Seine Wahrnehmung ist auf das Erkennen von Details auf der Frontseite des Gegenübers beschränkt. Er sieht nicht, wenn man ihn gefühlsmässig ablehnt und er spürt fatalerweise auch nicht, wenn man ihn mag. Er kennt nur „nett“ oder „nicht nett“ und meint damit, ob man ihn akzeptiert und ihn in Ruhe lässt oder ob man ihn stört. Weil er nicht spürt, dass jemand ihn mag, reagierte er nie auf die Anerkennung, die ihm die Eltern bei positivem Verhalten entgegenbrachten. So konnte David nie lernen, sein Verhalten anhand direkter und indirekter positiver oder negativer Feedbacks zu reflektieren oder es danach auszurichten. Fachpersonen von einer Entwicklungsstörung der „Theory of Mind“ und meinen damit das Fehlen der fundamentalen Kompetenz, anderen Menschen Bewusstseinszustände mit eigenen Absichten zuzuschreiben. Auch das spontane Verstehen von Gefühlen anderer und die Fähigkeit zu Empathie generell sind bei AS-Menschen viel weniger stark ausgeprägter als bei Gesunden. So haben es diese Kinder sehr schwer oder es ist ihnen gar nicht möglich, sich in die Rolle eines anderen zu versetzen und zu versuchen, beispielweise einen Konflikt aus der Perspektive des Gegenübers zu verstehen. Das erklärt, wieso Kinder mit AS oft in Streit geraten und warum diese Auseinandersetzungen so heftig sein können, dass Eltern resignieren.

Für Mütter von Kindern mit einem Asperger-Syndrom ist es oftmals unerträglich, emotional keine gemeinsamen Erlebnisse zu teilen, dem Kind keine Liebe vermitteln zu können sowie nicht wirklich zu wissen, woran man bei seinem Kind ist. Viele haben Schuldgefühle und denken, es liege an ihnen. Häufige Folge ist, dass sie das Kind mit Liebesbezeugungen überschütten, es nach Strich und Faden verwöhnen, auf eine gesunde Grenzsetzung verzichten und dadurch ungewollt mit dazu beitragen, die Autonomieentwicklung dieser Kinder zu erschweren.

Auch bei Kindern mit einer ADHS und einer Störungen des Sozialverhaltens kann übrigens festgestellt werden, dass es ihnen an Empathie fehlt. Von ADHS-Betroffenen ohne Störung des Sozialverhaltens hingegen wissen wir, dass sie zu sehr tiefen Empfindun-

gen für das Gegenüber fähig sind. Eine Störung der „Theory of Mind“ liegt hier nicht vor. Im Gegenteil: Viele ADHS-Menschen besitzen quasi einen „sechsten Sinn“ und spüren bestens und manchmal fast zu gut, was in anderen Menschen um sie herum vorgeht. Sie zeichnen sich oft schon im Kindesalter durch ein Übermass an „sozialen Antennen“ aus, erspüren das Gegenüber schnell und können, wenn „die Chemie stimmt“, blitzschnell Vertrauen aufbauen, bei „fehlender Chemie“ hingegen ebenso schnell „dicht“ machen. Dass Menschen mit einer ADHS – im Gegensatz zu AS-Betroffenen – zu hoher Empathie fähig sind, zeigt sich unter anderem auch darin, dass viele sehr wohl spüren, wenn sie einmal mehr zu impulsiv reagiert haben und sich zu wenig zu beherrschen vermochten. Sie leiden deswegen oftmals an Schuldgefühlen, welche sich in der Kindheit manchmal so tief in die Seele eingegraben haben, dass sie ein Leben lang damit kämpfen und sich tief im Innern als Versager fühlen. Menschen mit einem AS sind diesbezüglich „unschuldig“: Da sie sich in ihren Reaktionen nicht oder nur sehr eingeschränkt an den Emotionen des Gegenübers orientieren können und nicht spüren, welche Gefühle sie mit ihrem Verhalten bei anderen Menschen auslösen, haben sie auch kein schlechtes Gewissen. Unseres Erachtens zeigen Kinder und Jugendliche mit Störungen im Sozialverhalten hinsichtlich der Entwicklungsstörung der Empathie und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme übrigens viel mehr Gemeinsamkeiten mit dem AS als mit einer ADHS.

Kontaktverhalten, Kommunikation und Impulsregulation

Kernmerkmal von AS-Betroffenen ist ein fehlendes oder stark vermindertes Interesse an anderen Menschen, vor allem an Gleichaltrigen. Sie haben meist keine Freunde und suchen sie auch nicht. Anders ist es bei Kindern mit einer ADHS: Sie wünschen sich oft sehnlichst Freunde, finden aber keine, weil sie zu laut, zu impulsiv und zu ungeduldig sind oder anderen schlicht zu sehr auf die Nerven gehen. Das nonverbale Kommunizieren ist für Menschen mit einem AS wie eine Fremdsprache. Sie beherrschen sie entweder gar nicht oder

haben mühsamst einige Brocken dieser für sie äusserlich bleibenden Sprache erworben, welche es ihnen ermöglichen, sich mehr schlecht als recht durch das Wirrwarr menschlicher Kommunikation und Interaktion durchzuschlagen. Auch das ist für sie sehr anstrengend.

Kinder mit einem AS haben es wie gesagt sehr, sehr schwer, andere wirklich zu verstehen. Sie sind blind für soziale Signale, unausgesprochene Bedeutungszusammenhänge, Andeutungen und implizite Erwartungen anderer sowie letztlich auch für das Erkennen von gruppendynamischen Prozessen.

Kinder mit einer ADHS zeigen demgegenüber ein mehrheitlich altersentsprechendes nonverbales Kommunikationsverhalten: Sie verstehen, was es bedeutet, wenn die Mutter die Stimme hebt, das Gesicht abwendet oder tief durchatmet und können solche kommunikativen Mittel spontan nachahmen. Immerhin muss das Kind dafür gelernt haben, welche Bedeutung eine bestimmte Mimik einer Person und in einem bestimmten Kontext hat. Genau das aber fällt Kindern mit einem AS so schwer. Oft ecken sie an, aber nicht wie ADHS-Betroffene aus purer Impulsivität heraus, sondern weil sie die unausgesprochenen Regeln und damit auch die Grenzen des sozialen Miteinanders auch bei grösster Konzentration nicht erkennen und erlernen können. Sie entnehmen dem Gesicht, den Augen und den Gesten anderer kaum Informationen über das, was sie denken, fühlen oder zum Ausdruck bringen wollen. Ein nonverbal vermitteltes „Jetzt reicht's!“ kann ein Kind mit einem AS meistens nicht wirklich verstehen, sodass es weiter macht, bis es kracht. Wie Blinde laufen Menschen mit einem AS oft ins offene Messer, sind dann irritiert und reagieren verschüchtert, aggressiv oder ziehen sich zurück. Oder sie reagieren lauthals abweisend, weil sie Dinge (vor allem hinsichtlich sozialer Selbstverständlichkeiten) nicht begreifen und sich stur an ihrer egozentrischen Logik orientierend an ihrer Meinung festbeissen. Oder sie reagieren impulsiv, weil sie sich gestört fühlen. Gestört, weil sie etwa den Sinn vieler Aktionen zwischen anderen Menschen nicht (ein-) sehen. Da AS-Betroffene die Erwartungen anderer nicht wahrnehmen können, bleiben ihnen zur Orientierung

nur deren äussere Reaktionen. Die Impulsivität bei der ADHS hat ganz andere Ursachen: Die innere Bremse arbeitet nicht korrekt, sodass Impulse nicht angemessen reguliert werden können. Es handelt sich also bei der ADHS-Impulsivität nicht um einen rein reaktiven Prozess wie beim AS. Sie beruht vielmehr auf einem Versagen neurochemischer Hemmmechanismen beim Reagieren auf innere und äussere Reize.

Weil der automatische Abgleich mit der sozialem Umwelt nicht klappt, wirken Kinder mit einem AS in ihrem Verhalten auf andere gelegentlich auch arrogant und egoistisch. Während beim AS Defizite in der sozialen Wahrnehmung die Ursache für Störungen des Sozialverhaltens darstellen, liegen dem sozial auffälligen Verhalten von Kindern mit einer ADHS ganz andere Ursachen zu Grunde: Hier wirken sich die syndromtypischen Aufmerksamkeitsschwächen so aus, dass Betroffene oftmals zu wenig Geduld und einen zu schnellen und einen zu impulsiv-hüpfenden Wahrnehmungsstil haben, um Feinheiten und Bedeutungen von Gestik, Mimik und nonverbaler Kommunikation differenziert genug wahrnehmen zu können. Ausserdem sind viele Kinder mit einer ADHS im Interaktionsverhalten einfach zu schnell: Sie schiessen drein, können die Kraft nicht dosieren, irritieren damit andere Kinder und stossen ob ihrem impulsiven Kontaktverhalten schnell zuerst auf Irritation und dann auf Ablehnung. Kinder mit einer ADHS suchen die Anerkennung anderer und leiden meistens sehr darunter, gemieden zu werden. AS-Betroffenen hingegen ist es weit weniger bis gar nicht wichtig, was andere Menschen über sie denken.

Neugierverhalten

Währendem der innere Kompass ADHS-Betroffene immer in Richtung neu, interessant, spannend, gefährlich oder aussergewöhnlich lenkt und sie alles Monotone, Regelhafte und sich Wiederholende mehr fürchten als der Teufel das Weihwasser, verhält es sich bei Menschen mit einem AS gerade umgekehrt: Sie sind alles andere als sprunghaft, sondern befassen sich eingehend und ausdauernd mit

einer Sache und zwar lange. Sie haben nicht wie ADHS-Menschen hundert Ideen auf einmal im Kopf und tausend Projekte gleichzeitig am Laufen. Menschen mit einem AS sind sehr geradlinig und bleiben, wenn sie einmal etwas begonnen haben, zumindest aus der Optik von Aussenstehenden lange an einer Sache kleben, so dass ihr Verhalten manchmal fast zwanghaft anmutet. Stört man sie in ihrer Routine, können sie sehr heftig reagieren. Anders ADHS-Betroffene: Was unternehmen sie nicht alles, um reizarmen Situationen, jeglicher Routine und Gleichförmigkeit und damit dem Stand-by-Modus zu entkommen! Ständig sind sie auf der Suche nach dem Kick und rasch verliert das Neue wieder seinen Reiz. Wie verführend ist für sie jede noch so kleine Abwechslung! Einem AS-Betroffenen hingegen widerfährt es garantiert nie, dass er vom Novelty seeking-Syndrom gepackt und innerlich getrieben von einem enthusiastisch begonnenen, aber nie beendeten Projekt ins nächste stürzt. AS-Betroffene können sich ihren Spezialinteressen und ihren für Aussenstehende oftmals sinnlos erscheinenden Themen über Monate und Jahre hinweg widmen und das – wie eine Teilnehmerin in einem Internetforum treffend formulierte – „in einer Intensität, dass ADHS-ler Bauklötze staunen." Das Leben von Menschen mit AS wird durch ausgeprägte Routinen bestimmt und unterscheidet sich dadurch fundamental vom ADHS-Lebensstil, welcher durch möglichst viel Abwechslung, Aufregung und der Suche nach Höhepunkten gekennzeichnet ist.

Spielverhalten und Sonderinteressen

Das Spielverhalten von Kindern mit ADHS ist kreativer und interaktiver als jenes von Kindern mit AS. Trotz Impulsivität, Ungeduld und Unaufmerksamkeit suchen letztere das Gemeinsame und Verbindende im Spiel mit anderen Kindern. Kinder mit einem AS dagegen spielen lieber alleine, in der Gruppe sind sie meist heillos überfordert. Zu schwer fällt es ihnen, die Absichten anderer Spielteilnehmer/-innen zu erkennen und ein gemeinsames Ziel kooperativ anzusteuern. Stattdessen zeigen AS-Betroffene in der Kindheit, aber

auch später in ihrer Lebensgestaltung und in ihren Interessen, häufig ausgeprägt repetitive und stereotyp anmutende Verhaltensmuster. Teilweise sind diese auf ein einzelnes Gebiet beschränkt, auf dem sie meist ein enormes Fachwissen erwerben. Ungewöhnlich dabei ist das Ausmass, mit dem sie sich ihren Sonderinteressen widmen. Für alles andere sind sie meist nur schwer zu begeistern. Kinder mit einem AS sind beispielsweise versessen auf das Sammeln von Münzen oder – wie bei David – von Modeschmucksteinen. Andere erstellen Excel-Tabellen über die Häufigkeit von Zugverspätungen oder eignen sich extrem detailliertes Wissen um geschichtliche Abschnitte an (beispielsweise im Zusammenhang mit bestimmten Waffengattungen). Menschen mit ADHS kennen diese Art von Beschäftigungen mit Sonderinteressen nicht. Zwar können sie hyperfokussieren und total auf etwas abfahren, der Hype ist aber spätestens nach zwei, drei Wochen vorüber.

Neuropsychologie

Bei nahezu allen Testuntersuchungen bei Menschen mit einer ADHS stellen wir Störungen der Reaktionsunterdrückung sowie nicht altersentsprechende Leistungen bei Anforderungen an die visuomotorische Umstellfähigkeit (Flexibilität) fest. Dies gilt auch bei der ADHS vom unaufmerksamen Typus. Sehr oft fällt zudem über viele der computergestützten neuropsychologischen Tests hinweg eine grosse Streuung der Reaktionszeiten auf. Demgegenüber lässt sich bei AS-Patientinnen und -Patienten aus unserer Erfahrungen auf Testebene kein charakteristisches neurokognitives Leistungsprofil erkennen: Einzige Konstante ist eine Minderleistungen (oder ein Versagen) bezüglich des flexiblen Anpassens des Aufmerksamkeitsfokus bei unerwarteten Änderungen (also die auch bei der AHDS festzustellende reduzierte flexible Umstellfähigkeit). Die erwähnten Störungen der „Theory of Mind“ und der zentralen Kohärenz lassen sich auf Testebene trotz klinisch eindeutigem AS nicht immer objektivieren. Selbst Aufgaben zur Erkennung und Zuordnung von Emoti-

onen, wie sie auch David zu lösen versuchte, gelangen einigen unserer AS-Patientinnen und Patienten erstaunlich gut.

Fazit

Auch wenn es sich bei der ADHS um eine weitverbreitete psychische Störung handelt, sind bei Untersuchungen immer auch andere Diagnosen zu erwägen, wie beispielsweise das viel seltener auftretende Asperger-Syndrom. Nur so kann gewährleistet werden, dass Patientinnen und Patienten in den Genuss einer individuell auf sie zugeschnittenen Behandlung kommen. Bei David bestand die Therapie in einem Training der sozialen Wahrnehmung sowie in einer Verhaltenstherapie zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen. David erhält weiterhin Ritalin, da er mit diesem Medikament – wie übrigens auch zahlreiche andere uns bekannte Kinder mit einem AS – besser in der Lage ist, flexibler auf neue und für ihn unvorhergesehene Situationen zu reagieren.

Immer nur ich! Kinder mit einer ADHS und ihre Geschwister im Streit – Was tun?

Piero Rossi. Vortragsmanuskript 2002.

Einführung

Zum Thema von heute Abend: Das Problem einer wirklich krankhaften Geschwisterrivalität spielt eigentlich nur in wenigen Familien unserer jungen Patienten mit ADHS eine zentrale und vorherrschende Rolle. Aber auch wenn Streit unter Geschwistern bei unseren Patienten nicht Thema Nummer eins ist: Davon betroffen, damit belastet und durch die Streitereien genervt sind so gut wie alle ADHS-Familien.

In einigen ADHS-Familien wird nicht einfach nur heftig gestritten. Nein, was mir Eltern berichten, macht mich teils sehr betroffen. Ich erspare Ihnen das Aufzählen von Details. Vor allem die Hartnäckigkeit, dass Sich-Verbeissen, die Heftigkeit, die im Streit oftmals geäusserten schlimmen Drohungen oder gar die tätlichen aggressiven Ausbrüche erschrecken mich immer wieder. Ich musste zudem zu Kenntnis nehmen, dass diese Probleme wiederholt selbst dann bestehen bleiben, wenn Eltern Ratgeber zum Thema Eifersucht und Geschwisterrivalität gelesen haben oder Erziehungskurse besucht haben.

Wieso aber haben Kinder mit einer ADHS mehr Probleme im sozialen Umgang mit anderen? Wieso entsteht mehr Streit mit den Geschwistern? Wie und warum kann eine ADHS den Streit unter Geschwistern verschärfen? Und vor allem: Was bitte hilft dagegen?

Ich habe mir für heute Abend eigentlich vorgenommen, die Krankengeschichten meiner jungen ADHS-Patientinnen und -Patienten der letzten Jahre durchzugehen und nachzusehen, bei welchen Kindern die Problematik einer übermässigen Geschwisterrivalität sehr ausgeprägt vorhanden war. Und ich hatte mir vorgenommen, zusammenzutragen, welches die zentralen Gründe dafür waren und dann aufzulisten, was genau dann grundlegend geholfen hat, dass

wieder Ruhe in die Familie einkehrte und diese Probleme gelindert werden konnten. Ich habe dann bald eingesehen, dass ich meine Praxis einen Monat hätte schliessen müssen, um mit diesem Projekt fertig zu werden. Aber auch wenn ich nur einen Teil meiner Krankengeschichten habe durchgehen können, bin ich doch zu Ergebnissen gekommen, die mich in ihrer Eindeutigkeit und Klarheit haben aufhorchen lassen.

In meiner Arbeit staune ich immer wieder darüber, wie gut es viele Mütter von Kindern mit einer ADHS schaffen, neben allem Ungemach auch noch mit übermässigem Geschwisterstreit souverän umzugehen. Eigentlich sollten Mütter von betroffenen Kindern über dieses Thema referieren und nicht ich. Sie wissen aus der tagtäglichen Erfahrung am besten, was hilft und was nicht. Mit meinen Beobachtungen und Schlussfolgerungen kann ich ihre Erfahrungen vielleicht ergänzen, aber sicher nicht ersetzen.

Ich ging also bei meinen Vorbereitungen für heute Abend der Frage nach, unter welchen Bedingungen in den mir bekannten ADHS-Familien Geschwisterstreit eine besonders belastende Rolle spielte. Wann traten die Probleme besonders gehäuft auf? Und was half? Ich habe sechs Kernpunkte ausgemacht.

Ursache Nr. 1: Fehlende Akzeptanz und fehlendes Wissen

Ich stelle immer wieder fest, dass belastende Geschwisterstreitereien immer dann gehäuft vorkommen, wenn in der Familie nicht wirklich akzeptiert wird, dass bei dem betreffenden Familienmitglied eine ADHS vorliegt. Diejenigen unter Ihnen, die selbst Kinder mit einer ADHS haben, wissen wahrscheinlich aus eigener Erfahrung nur zu gut, dass es von der Mitteilung bis zum wirklichen Akzeptieren, dass das eigene Kind an einer ADHS leidet, ein langer Weg ist. Es wird nicht akzeptiert, dass Kinder mit einer ADHS anders funktionieren als ihre Geschwister. Wie schon in der Gesellschaft wird auch in vielen Familien diesen Kindern nicht wirklich zugestanden, anders zu reagieren, anders zu lernen, anders zu empfinden und einfach anders zu sein als andere.

Vor allem zahlreiche Väter verstehen nicht, was es für ihre Kinder (und deren Müttern) heisst, an einer ADHS zu leiden. Sie erwarten von ihren betroffenen Kindern vor allem in Sachen Schule dasselbe wie von den gesunden Kindern. Und sie vergleichen entweder ganz direkt oder durch indirekte Äusserungen das Verhalten daheim und die Leistungen in der Schule immer wieder mit denen der gesunden Geschwister. Beispielweise dann, wenn es zum Anreiz für alle Kinder pro Prüfungsnote über 4.5 einen Batzen gibt, wenn also die Anerkennung von einem für alle gleichen Massstab ausgeht.

Belastende, also über das Normale hinausgehende Geschwisterstreitereien kamen in den Familien meiner Patientinnen und Patienten dann gehäuft vor, wenn daheim wie in der Schule getan wird, als hätten die Kinder mit einer ADHS die gleichen Chancen wie ihre gesunden Geschwister und die Schulkolleginnen und Schulkollegen. Es wird nicht akzeptiert, dass Kinder mit einer ADHS ganz andere Voraussetzungen mitbringen als gesunde Kinder. Wie sonst kämen die Väter auf die Idee, Äpfel mit Birnen zu vergleichen? Das gilt selbst für echt gut gemeinte und tröstende Bemerkungen wie: „Schau Dir Julia an, auch sie hatte früher schlechte Noten. Nun hat sie sich angestrengt und jeden Tag eine halbe Stunde gelernt. Das kannst Du auch erreichen, wenn Du nur willst. Wenn man will, schafft man alles...!“

Was meinen Sie, passiert in solchen Momenten in der Seele eines ADHS-Kindes? Wie zurückgesetzt muss sich ein Kind fühlen, welches nicht nicht will, sondern nicht kann, sich das alles selbst nicht erklären kann und sich dann vielleicht noch schuldig fühlt? Wie muss sich ein ADHS-Kind fühlen, wenn es ihm wiederholt vorgehalten oder mit Blicken und Gesten zu verstehen gegeben wird, dass es wieder einmal viel länger als andere hat, um den gleichen Stoff zu lernen, und dass es dann das Gelernte nicht wieder so schnell vergessen und deswegen heute wirklich einmal mehr aufpassen soll? Das erzeugt Versagensängste und Schuldgefühle. Aber auch Angst, die Erwartungen der anderen nicht erfüllen zu können. Eine erhöhte Grundangst spielt bei Kindern mit einer ADHS eine

grosse Rolle. Angst setzt unter anderem Adrenalin frei, welches auch zu aggressivem Verhalten führen kann.

Was passiert in der Seele eines zappeligen, unruhigen und impulsiven Kindes, wenn ihm von den Eltern oder Grosseltern wiederholt mehr oder weniger direkt zu verstehen gegeben wird, man erwarte jetzt schon langsam, dass es lerne, sich wie andere zu beherrschen und zu benehmen? Und was passiert in einem ADHS-Kind, wenn es die leise Enttäuschung der Eltern spürt, dass es in Mathe das Sortenumwandeln immer noch nicht begriffen hat? Und wie geht es ihm, wenn es an die nächste Probe denkt oder das Aufgerufen werden, wenn es wieder einmal das Gelernte nicht schnell genug aus dem Langzeitgedächtnis abrufen kann? Oder wenn es bei jedem Übungsdiktat daheim mehr Fehler macht, sich von der entnervten Mutter anhören muss, es soll sich endlich zusammen reissen, und dann das jüngere Geschwisterkind lachend heimkommt und dem stolzen Vater mit Schwung ein fast fehlerfreies Diktat präsentiert und mit spitzem Blick in Richtung ADHS-Geschwisterkind eine Belohnung kassiert. Was dann bald eine Etage höher passieren wird, können Sie sich vorstellen …

Das Vergleichen von Äpfeln mit Birnen in einer Familie ist der Nährboden schlechthin für Rivalität und Eifersucht. Kinder mit einer ADHS machen doch schon in der Schule genug oft Erfahrungen, aus denen sie die Schlussfolgerungen ziehen, dumm, ungeschickt, ungeliebt und schlecht zu sein. Und Kinder vergleichen sich selbst schon genug untereinander: Kinder mit einer ADHS realisieren sehr wohl, dass sie nicht so konzentriert wie das Geschwisterkind an den Aufgaben sitzen bleiben können oder länger dafür benötigen. Oder wenn der kleine Bruder aus der Küche die Lösung für eine dem ADHS-Kind von der Mutter gestellte Multiplikations-Aufgabe ruft, an welcher der 5.-Klässler beschämt schon eine halbe Ewigkeit herum studiert. Und wenn dann der Vater dem Kleinen stolz zuruft: „Super!“. Ja – dann hat es in der Seele des ADHS-Kindes einen Stich und damit eine weitere offene Wunde mehr. Wie bei Kindern mit einem unerkannten oder unbehandelten Seh- oder Hörfehler ha-

ben auch Kinder mit einer ADHS ganz andere Voraussetzungen, um zu lernen und sich die Welt anzueignen. Diese Kinder haben sowieso eine „Zwei auf dem Rücken“. Sie haben viel mehr Mühe beim Lernen und haben es viel schwerer Freundschaften aufzubauen.

Bei unseren Abklärungen frage ich die Kinder immer wieder, wie sie sich denn selbst ihre Probleme erklären: Sie glauben mir nicht, wie häufig mir schon 3.-Klässler leise und teils beschämt sagen, es liege an ihrer Faulheit. Auf die Frage, woher sie das wissen, sagen sie meisten von ihnen spontan: „Vom Vater!“. Ein elfjähriger hyperaktiver und hochbegabter Bube, der von fast allen wegen seinem unmöglichen Verhalten gemieden wird, sagte mir vor einiger Zeit: „Gott hat mir schwarzes Blut gegeben, sonst wäre ich nicht so schlecht.“

Also: Belastende Geschwisterstreitereien in ADHS-Familien kommen aus meiner Erfahrung heraus dann gehäuft vor, wenn in einer Familie das ADHS-Kind immer wieder direkt oder indirekt mit den gesunden Geschwistern verglichen wird, wenn also nicht akzeptiert wird, dass es andere Voraussetzungen mitbringt und anders funktioniert.

Anmerkung: Kinder mit einer ADHS und ihre Geschwister sollten nicht zusammen Aufgaben machen. Wenn ein jüngeres und gesundes Geschwisterkind dem oder der älteren ADHS-Betroffenen leistungsmässig immer näher rückt oder durch Repetitionen sogar in der gleichen Klasse beschult werden soll, muss eine andere Schullösung gesucht werden. Nie die Kinder über Noten vergleichen, das ist brutal. Nie Noten belohnen, sondern individuelle Fortschritte im Lernverhalten und bei den Lernbemühungen – also nicht beim Ergebnis.

Nun ist ja die von mir immer wieder festgestellte fehlende Akzeptanz gegenüber den Kindern mit einer ADHS keine Charakterfrage der Eltern oder keine bewusst verkehrte Haltung. Woran liegt es aber dann? Akzeptieren kommt von Verstehen und verstehen

kommt von Begreifen und begreifen kann man etwas Erlebtes, sofern wir Begriffe und Worte dafür haben.

Ich stellte fest, dass eine fehlende Akzeptanz die direkte Folge von fehlendem Wissen über die ADHS war. Mir werden von Ärztinnen und Ärzten sowie Schulpsychologinnen und Schulpsychologen nicht nur junge Patientinnen und Patienten zugewiesen, die erstmalig abgeklärt werden sollen, sondern auch Kinder oder Jugendliche, bei denen bereits eine andere Fachstelle eine ADHS beziehungsweise ein POS diagnostiziert und behandelt hat. Es handelt sich in diesen Fällen um Kinder, bei denen trotz Therapien keine wirklichen Verbesserungen festzustellen waren und in der Schule und daheim einschneidende und für die ganze Familie belastende Verhaltens- und Lernprobleme fortbestehen. Viele dieser Eltern, aber auch die Geschwister und sogar die jungen Patientinnen und Patienten selbst, kannten die ADHS gar nicht oder wurden zu wenig über die ADHS informiert. Sie machten die Rechnung ohne den Wirt namens ADHS und konnten daher ihre Massnahmen nicht auf die Möglichkeiten und Grenzen eines ADHS-Kindes abstützen. Wissen ist die Voraussetzung, um etwas verstehen und schliesslich auch akzeptieren zu können. Erst wenn ich die Kernpunkte der ADHS begriffen habe, kann ich an ein ADHS-Kind angemessene Erwartungen herantragen, es also weder über- noch unterfordern.

Geschwister- und Familienstreitereien schaukeln sich dann auf, wenn alle Beteiligten, das, was der andere tut oder nicht tut, sagt oder nicht sagt, spontan auf sich persönlich beziehen, sich persönlich attackiert fühlen und entsprechend zurückgeben. Anstatt das Problemverhalten des Kindes als ADHS-Verhaltensschwäche zu erkennen, zu akzeptieren und mehr oder weniger logisch-vernünftig damit umzugehen, wird es als Provokation und Angriff missverstanden. Erst mit Wissen um die ADHS und deren Hintergründe kann es gelingen, nicht mehr alles auf sich selbst zu beziehen und gereizt zu reagieren. Gegen die fehlende oder ungenügende Akzeptanz des ADHS-Kindes und damit auch gegen extreme Geschwisterrivalitäten hat sich als hochwirksame Therapie herausgestellt, wenn ADHS-

Betroffene, ihre Geschwister und Eltern angeleitet werden, sich Wissen über die ADHS anzueignen. Um die ADHS zu begreifen muss man nicht zehn Bücher studiert haben. Ich empfehle bevorzugt die Bücher meiner Kollegin Cordula Neuhaus (zum Beispiel „Kinder mit ADHS“).

Ich werde jetzt kurz das Wichtigste über die ADHS zusammenfassen. Anschliessend stelle ich Ihnen die restlichen fünf Ursachen von Geschwisterstreitereien in ADHS-Familien vor.

Exkurs: Das Wichtigste über die ADHS

Gemäss dem heute international anerkannten Stand der Erforschung dieses Syndroms, besteht das Kernmerkmal der ADHS in einer neurochemisch bedingten Schwäche der Hemmfunktionen unseres Gehirns. Man weiss heute, dass bei der ADHS bestimmte Nervenzellen untereinander nicht genügend aktiv kommunizieren und zwar in denjenigen Hirnregionen, welche im Normalfall flexibel die von aussen auf uns eintreffenden Reize filtern, dann sortieren und schliesslich für eine angemessene Verarbeitung und Reaktion auf diese Reize sorgen sollten. Die Sortierschwäche und die durch sie bedingte zu grosse Reizempfänglichkeit erklären unter anderem, warum im Alltag schon kleine Geräusche eine Orientierungsreaktion auslösen können und die Aufmerksamkeit reflexartig beispielsweise vom Schulheft auf den (interessanten) Rasenmäher des Nachbarn umgelenkt werden kann. Die Reizoffenheit erklärt auch, wieso ADHS-Betroffene manchmal dermassen sensibel sind, dass sie zum Selbstschutz psychisch „dicht“ machen müssen, um nicht unterzugehen. Und sie erklärt, wieso Betroffene durch Stimulationen von aussen so leicht negativ, aber auch positiv, beeinflussbar sind. Menschen mit einer ADHS regen sich auf, lassen sich irritieren und werden in Gedanken gefangen genommen von Kleinigkeiten oder Details, welche von anderen kaum wahrgenommen werden.

Bei der ADHS führt die zu grosse Reizoffenheit immer zu einer Superempfindlichkeit. Das zeigt sich nicht nur beim Essen oder bei der Wahl, wer zu einem passt und wer nicht. Das hypersensible

ADHS-Kind (und nicht selten auch der Erwachsene mit einer ADHS) bezieht immer alles auf sich. Oft reichen eine Grimasse eines Geschwisterkindes oder die Geräusche des Besteckes beim Essen, um einen Streit vom Zaun zu brechen. Kinder mit einer ADHS sind wegen ihrer biologischen Filterschwäche viel leichter provozierbar als andere Kinder.

Weil bei ADHS die Reizfilterung nicht aktiv genug ist, nehmen betroffene Kinder immer zu viel auf einmal auf. Folge ist, dass sie grosse Mühe haben, sich auf nur eine Sache zu konzentrieren und an etwas dranzubleiben. Vor allem, wenn es sie nicht interessiert können sie nicht mehr zuhören und das, was Lehrkräfte oder Eltern sagen, nicht mehr aufnehmen und im Gedächtnis einspeichern. Kinder mit einer ADHS sind deswegen so vergesslich, weil sie einen viel zu flüchtigen und schnellen Wahrnehmungsstil haben. Es ist wie beim Fotografieren: Wenn die Belichtungszeit zu kurz ist, fällt zu wenig Licht auf den Film. Und der Film entspricht dann dem Gedächtnis. Kinder mit einer ADHS haben selten echte Gedächtnisprobleme. Die Schwäche besteht vorher, nämlich beim Wahrnehmen.

Das ADHS-Kind kann oft nicht zuhören, es bekommt einfach nicht alles mit. Und das nicht nur in der Schule: Es übersieht und vergisst, dass die Schwester gestern abgewaschen hat und es richtig wäre, dass es heute dran ist. Und es vergisst, dass der Vater letztes Mal mit ihm in der Autowaschanlage war und dass diesmal der Bruder dran ist. Oder es vergisst eine bei der letzten Familienkonferenz vereinbarte Abmachung und behauptet, dass dies nie so gesagt worden wäre. Weil die Kinder mit einer ADHS es oft wirklich nicht mehr wissen und ihnen das niemand glaubt, fangen sie an, sich zu verteidigen und zu kämpfen. Deswegen: Abmachungen und Regeln immer aufschreiben und sichtbar für alle aufhängen.

Weil sich das Arbeitszeitgedächtnis (also das aktive Kurzzeitgedächtnis) bei Kindern mit einer ADHS anders entwickelt als bei gesunden Kindern, sie Dinge vergessen und ein ganz anderes Zeitempfinden haben, leben sie oft nur im Augenblick, im Hier und

Jetzt. In Kombination mit ihrem oft extremen Gerechtigkeitsempfinden, kann dies zu den verbissensten Streitereien führen. Etwa bis zum zwölften Lebensjahr sehen alle Kinder die Welt nur in ihrer eigenen Perspektive. Bis in diese Zeit hinein vermögen sie noch nicht sich in die Position eines anderen hinein zu versetzen. Einige Kinder mit einer ADHS scheinen das erst sehr viel später zu lernen. Sie haben es oft noch sehr viel schwieriger als andere, den eigenen Anteil an einem Streit zu sehen. Durch ihr Hier-und-Jetzt-Empfinden fühlen sie sich im Streit nur noch als Opfer und immer nur als der- oder diejenige, welche den anderen ausgeliefert ist. Sich selbst – quasi aus der Sicht des anderen – nehmen sie nicht wahr.

Das „Immer nur ich" – Denken ist oftmals der Startpunkt eines Geschwisterstreits. Es hält bei ADHS-Betroffenen oft zeitlebens an. Bei allem verteidigen sie sich ständig, legen sich mit der Schwester, der Mutter, der Lehrerin, später mit dem Lehrmeister, dem Chef beziehungsweise der Partnerin oder dem Partner an. Mit dem „Immer nur ich" – Denken geht einher, dass Kinder mit einer ADHS, aber oft auch Jugendliche und Erwachsene, immer alles auf sich beziehen. Weil die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht gut genug entwickelt sind, gehen sie immer nur von sich aus und können manchmal ein Leben lang egozentrisch bleiben. Geschwister, welche eifersüchtig werden, weil das Problemkind sehr viel Aufmerksamkeit bekommt, finden dann blitzschnell raus, wo beim ADHS-Kind die reizbaren Punkte liegen.

ADHS-Menschen haben generell Mühe sich umzustellen, den Aufmerksamkeitsfokus flexibel zu wechseln. Ihre Aufmerksamkeitsenergie reicht gewöhnlich gerade mal dazu, um das Nötigste, was gerade vor ihnen liegt, zu bewältigen. Manchmal können sich Kinder mit einer ADHS, wenn sie einmal an einer Sache dran sind, sehr wohl konzentrieren. Wehe aber, sie müssen unfreiwillig schnell umschalten und in einem Kameraschwenk den Aufmerksamkeitsfokus verschieben. Beispielsweise, wenn etwa die Schwester plötzlich ins Zimmer trampelt oder wenn sie auf die Schnelle der Mutter beim Hochtragen des Wäschekorbs helfen sollen. Für das schnelle und

flexible Wechseln des Aufmerksamkeitskegels reicht dann die Energie nicht mehr. Sie fühlen sich gestresst, gestört, werden stinksauer, explodieren und rufen aus. Sie schaffen es nicht, innerlich auf den Pausenknopf zu drücken, der Mutter die Wäsche hoch zu tragen und dann dort weiterzulernen, wo sie aufgehört haben.

Dazu kommt, dass bei ADHS-Betroffenen innere Impulse, nicht genügend reguliert und abgebremst werden können. Viele Kinder mit einer ADHS zeigen als Folge dieser Bremsschwäche einen flüchtigen und impulsiven Arbeitsstil. Diese Kinder schreiben, bevor sie die Fragen gelesen haben. Und sie reden, bevor die Lehrerin oder der Vater eine Frage fertig aussprechen konnte und handeln häufig, ohne vorher zu denken. Sie haben sich nicht im Griff, können ihr Erregungsniveau nicht angemessen regulieren, können nicht bremsen und schiessen deswegen regelmässig (und mit allen negativen Konsequenzen) übers Ziel hinaus.

Ich höre immer wieder, dass Kinder mir sagen: „Ich will schon sitzen bleiben und lernen, oder nicht streiten, aber es geht nicht. Und niemand glaubt mir, dass ich das gar nicht will, wenn ich der Mutter im Streit ‚Du A...' sage. Es kommt einfach aus mir heraus." Kinder mit einer ADHS sind auch ihren Emotionen und Bedürfnissen viel mehr als andere ausgeliefert: „Jetzt habe ich Lust auf Musik und jetzt will ich die neue CD meiner Schwester hören" und schon ist es passiert: Der Sound der CD der Schwester erklingt laut aus dem eigenen Zimmer. Diese reisst wutschnaubend die Tür auf – den Rest können Sie sich denken!

Kinder mit einer ADHS handeln wegen ihrer biologisch bedingten Hemmschwäche also oftmals super spontan, sehr impulsiv und leider oft ohne vorher nachzudenken. Die ADHS-Impulskontrollschwäche betrifft also auch die eigenen Bedürfnisse, die dann nicht angemessen reguliert und unterdrückt werden. Einige dieser Kinder wirken wie echte Egoisten. Dabei können sie nicht anders. Das ist keine Entschuldigung, sondern eine Erklärung.

Also: Bei der ADHS sind im Gehirn diejenigen neuronalen Netzwerke, welche die innere Bremse und den Reizfilterschutz regulieren, zu wenig aktiv. Aber nicht immer und nicht durchgehend. Begeben sich diese Kinder in für sie neue, frische, interessante oder anregende Situationen, dann vermögen sie sich oft erstaunlich gut zu konzentrieren und zusammenzureissen. Das Brems- und Filtersystem im Gehirn von ADHS-Betroffenen funktioniert (leider) nur dann gut, wenn diese Hirnregionen zusätzlich von aussen oder von innen angeregt und stimuliert werden. Dann erst normalisiert sich der Hirnstoffwechsel für kurze Zeit und dann erst vermag man sich gut zu konzentrieren, ist nicht von jeder Fliege abgelenkt und kann eine Sache durchziehen. Menschen mit einer ADHS brauchen daher sehr viel mehr Stimulation, um das neuronale Gleichgewicht aufrechtzuerhalten und um normal funktionieren zu können. Sobald es monoton, reizarm, langweilig und uninteressant wird, versagen das Reizfiltersystem und die innere Bremse. Vor allem beim Lernen ist das ein echtes Problem: Ist das Fach interessant, stimmt die Chemie mit der Lehrkraft und hat man bereits etwas Erfolg, dann geht es einigermassen. Muss man sich jedoch länger hinsetzen und lernen und üben – und das lässt sich im Schulalter bekanntlich nicht vermeiden – versagen Konzentration und Selbstbeherrschung.

Kinder mit einer ADHS sind Spontanlerner: Sie lernen etwas entweder sofort, oder gar nicht oder nur mit viel, viel Mühe. Lernen bedeutet ja wiederholen, einen Text also zwei-, dreimal lesen, im Rechnen Reihen üben und üben. Die damit verbundene Gleichförmigkeit ist für Kinder mit einer ADHS mehr als einfach nur unangenehm. Alles sich Wiederholende ist für ADHS-Menschen – also auch für Erwachsene mit diesem Syndrom – ein absoluter Gräuel, verbunden mit einem Zustand unerträglicher innerer Leere. Sie vermeiden alles Gleichförmige wo und wie immer nur möglich. In den Berichten der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen heisst es dann bezeichnenderweise, das Kind zeige eine Anstrengungsvermeidungshaltung. In dieser Leere wird das ADHS-Kind schnell unruhig und gereizt, kann sich nicht mehr konzentrieren, Im-

pulse brechen durch, man handelt, ohne zu denken oder man verreist in Gedanken, oder träumt vor sich hin, sieht zum Fenster hinaus oder versucht, sich durch stimulierende innere Bilder oder Fantasien oder über Selbstgespräche Anregung zu verschaffen. Andere Kinder mit einer ADHS beginnen, ihre Geschwister zu sticheln, die Mutter zu reizen oder den Lehrer zu provozieren. Auch das ist keine Entschuldigung, sondern eine Erklärung.

Ursache Nr. 2: Nicht die richtige Therapie

Eine weitere zentrale Ursache für übermässigen Geschwisterstreit in ADHS-Familien liegt nach meiner Erfahrung darin, dass viele Kinder mit einer ADHS nicht gemäss dem heutigen Wissensstand behandelt werden. Grosse wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bei ADHS eine Therapie mit Medikamenten genauso wichtig ist, wie die Brille bei einem sehschwachen Kind. Auch bei den Patientinnen und Patienten aus meiner Praxis zeigte es sich eindeutig, dass bei jenen Kindern, welche eine medikamentöse Basistherapie erhielten, Geschwisterkonflikte sich in einem normalen Rahmen hielten. Mit gut eingestellten Medikamenten und ergänzt durch weitere therapeutische Massnahmen konnten sich rund vier von fünf jungen ADHS-Patientinnen und -Patienten unserer Praxis besser beherrschen, besser zuhören und besser mitmachen. Dies führte leider nicht bei allen, aber doch bei eindrücklich vielen Familien zu einer wohltuenden Beruhigung. Der zentrale Stellenwert von Medikamenten in der Behandlungskette der ADHS darf aber nicht dazu verleiten, andere Elemente einer ADHS-Therapie zu vernachlässigen. Ohne Informationsvermittlung, ohne verhaltenstherapeutische Massnahmen, ohne Erziehungsberatung, ohne Einbezug der Lehrkräfte und ohne schulische Fördermassnahmen bleiben nachhaltige Behandlungserfolge aus.

Ursache Nr. 3. Die Therapie ist nicht optimal abgestimmt

Streit gibt es in vielen ADHS-Familien entweder früh am Morgen, zur Mittagszeit und gegen Abend. Just in diesen Zeiten wirken die Stimulanzien oft noch nicht oder nicht mehr. Man muss wissen, dass Stimulanzien nur wenige Stunden wirken. Es ist daher erforderlich, mit der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Arzt die Dosierung so einzustellen, dass die wichtige Mittagszeit und der Abend auch abgedeckt sind. Eine 10mg Tablette Ritalin am Morgen und eine am Mittag führen infolge der kurzen Wirkdauer (ca. drei Stunden) zu einem Auf und Ab, fast so, als wäre die Brille mal scharf, mal unscharf. Positive Erlebnisse an Familienabenden und Wochenenden sind für die psychische Entwicklung des Kindes sowie für eine positive Gesamtstimmung in der Familie elementar. Gute Erlebnisse wie etwa ein friedlicher Besuch im Zoo mit den Grosseltern sind nur dann Seelennahrung für Kinder, wenn diese das Schöne auch aufnehmen und abspeichern können. Kindern, welche auf Stimulanzien angewiesen sind, das Medikament an den Wochenenden oder an den schulfreien Nachmittagen generell vorzuenthalten, ist unlogisch und meiner Ansicht nach ein Kunstfehler.

Ursache Nr. 4. Geschwisterkind hat eine unerkannte ADHS

Bei meiner Durchsicht nach massiven Geschwisterkonflikten sah ich, dass die Abklärungen ergaben, dass oftmals auch bei einem Geschwisterkind eine bisher unerkannte ADHS vorlag. Mich wundert das nicht: Die Erforschung der Ursachen der ADHS hat nämlich ergeben, dass dieses Syndrom wesentlich durch genetische Faktoren bedingt ist. Auch ich stelle bei Abklärungen häufig fest, dass auch bei Blutsverwandten oft eine ADHS vorliegt. Zwillings- und Adoptionsstudien haben gezeigt, dass bei der ADHS eine hohe Erblichkeit vorliegt. Eine Abklärung und Behandlung auch des Geschwisterkindes bewirkte, dass sich die Geschwisterkonflikte in vielen Fällen normalisierten.

Ursache Nr. 5. Mutter oder Vater leiden ebenfalls an einer ADHS

Wenn Eltern selbst immer schon impulsiv und leicht reizbar waren und sind und sich selbst nicht an Regeln halten können, spielt dies natürlich für das ganze Familienklima und das gegenseitige Aufeinanderreagieren eine immens grosse Rolle. Ich hatte schon wiederholt Familien in Behandlung, die wegen ewigen Streitereien längere Zeit und ohne Erfolg in einer Familientherapie waren. Eine echte Beruhigung gab es erst dann, als diese Eltern auch ihre eigene ADHS begriffen. Jeder soll lernen, sein Problem individuell für sich wahrzunehmen und anzugehen. Sonst wird dem ADHS-Kind die Verantwortung für alle Probleme aufgebürdet. Es kommt sich sonst noch mehr vor, als trüge es selbst die Schuld für alles.

Ursache Nr. 6. Diagnose stimmt nicht oder ist unvollständig

Bei Kindern, die von anderen Stellen abgeklärt wurden, bereits Medikamente bekamen und wegen fortbestehenden Problemen im Sozialverhalten sowie in der Schule zu mir überwiesen wurden, stelle ich immer mal wieder fest, dass die Diagnose nicht stimmt oder dass neben der ADHS andere grundlegende Probleme nicht erkannt und behandelt wurden. Immerhin beruhen längst nicht alle Konzentrationsstörungen automatisch auf einer ADHS. Dazu gehören emotionale Störungen oder auch Teilleistungsstörungen wie etwa eine Dyskalkulie, welche meistens mit Störungen in der Raumverarbeitung einhergehen und mit Ritalin natürlich nicht geheilt werden können. Das erfordert dann andere Therapien. Nur Medikamente abzugeben, hat sich meiner Erfahrung nach sowieso nicht bewährt.

Vorschläge

Zum Schluss doch noch einige konkrete Ratschläge und Massnahmen, welche auch gegen übermässigen Geschwisterstreit helfen können:

Familienregeln

Erarbeiten Sie sich in einer Familienkonferenz neben einem Ämtli-Plan auch eine oder zwei wichtige Familienregeln. Es sollen einfache, sehr konkrete und relevante Verhaltensregeln sein, wie sie von der Bedeutung her zum Beispiel im Fussball oder im Verkehr eine grosse Rolle spielen. Also: Wenige, gut überlegte und klare Regeln sind gefragt. Später können mehr dazu kommen. Bei störendem Geschwisterstreit formulieren Sie nicht: „Lieb sein zum Geschwisterkind!“. Das ist eine zu diffuse Regel. Fangen Sie am besten damit an: „Niemand nimmt ohne zu fragen anderen etwas weg“ oder „Verbotene Worte sind: Ar.ch“, usw.

Regeln Sie mit Ihrem Ehepartner und danach in einer Familienkonferenz auch die in Frage kommenden Sanktionen („Bussenkatalog“). Arbeiten Sie doch auch mit roten Karten. Wichtig ist, dass die Kinder vorher wissen, was passiert, wenn eine Regel übertreten wird. Das „Strafreglement“ sollte von den Eltern erarbeitet, an der Familienkonferenz eingeführt, schriftlich festgehalten werden und an einem gut einsehbaren Ort hängen. Aber Achtung: Sie müssen diese Regeln auch überwachen können und vor allem reagieren, wenn sie gebrochen werden. Überlegen Sie es sich also gut, was wie geregelt werden soll! Und beschränken Sie sich auf die wesentlichen Punkte. Nur so führt dieses Vorgehen zum Erfolg.

Loben, loben, loben

Loben Sie das Kind (oder die Kinder) beim Abendessen, falls die Regeln heute eingehalten wurden. Loben Sie sie also dann, wenn anderen nichts ungefragt weggenommen wurde und wenn die Kinder sich nicht handgreiflich stritten. Schenken Sie ihnen vor allem dann Aufmerksamkeit, wenn das positive Verhalten eingetreten ist – und nicht vor allem dann, wenn es kracht. Auch wenn für Sie selbst der Zustand des Nichtstreitens oder des Nichtwegnehmens selbstverständlich ist, belohnen Sie streitfreie Nachmittage mit einem Extradessert oder einem anderen Bonus.

Verstärkerplan

Hilft das nicht, müssen Sie systematisch und mit Hilfe einer Fachperson einen Verstärkerplan aufstellen. Auch dabei soll die Wahrscheinlichkeit, dass das erwünschte Verhalten eines Kindes öfters eintritt, durch den Einsatz einer positiven Konsequenz gefördert werden. Nur diesmal mit System, also einem hierarchischen Aufbau und einem durchdachten Punkte-Belohnungssystem. Eine Anleitung dazu findet man in diesem Buch: „Wackelpeter und Trotzkopf" von Manfred Döpfner. Bei hartnäckigen Problemen muss ein Verhaltenstherapeut oder eine Verhaltenstherapeutin hinzugezogen werden.

Ohne Strafen geht es nicht

Leider gibt es immer wieder Situationen, welche sofortiges Eingreifen erforderlich machen. Dabei gilt folgender Grundsatz: Man soll das unerwünschte Verhalten sanktionieren und nicht die Person an sich. Kinder mit einer ADHS haben sowieso schon ein schlechtes Gewissen, weil sie so unbeherrscht sind und immer anecken, in der Schule ungenügende Leistungen erbringen und sich dumm vorkommen. Wenn ein schlimmer Streit im Aufziehen ist und Sie lediglich rufen: „Jetzt ist Schluss, hört endlich auf" und das dann nicht durchsetzen können, verlieren Sie Ihre Glaubwürdigkeit. Wenn, dann sollte man möglichst wirkungsvolle signalartige Aufforderungen geben. Dazu muss man sich aber Gehör verschaffen. Ziehen Sie die gelbe Karte und geben Sie klare Botschaften! Und: Drohen Sie nicht mit späteren Sanktionen. Negative Konsequenzen müssen sofort erfolgen.

Wenn es bereits zu massiven Tätlichkeiten gekommen ist: Zuerst Luft holen, dann für sich leise bis Zwölf zählen und dann ruhig und entschlossen dazwischen gehen. Trennen Sie die Kinder, jedes muss für zehn Minuten in sein Zimmer. Ein Time-out ist angesagt. Stellen Sie einen Wecker in das Zimmer, damit das Kind sieht, wann die „Strafzeit" abgelaufen ist (Kinder mit einer ADHS haben ein schlechtes Zeitgefühl, können sich in schlimmste Aggressionen hineinsteigern, weil sie meinen, eine Strafe dauere eine halbe Ewig-

keit). Gehen Sie anschliessend einzeln zu den Kindern und reden Sie alleine mit ihnen. Nutzen Sie die Technik des aktiven Zuhörens: Spiegeln Sie die Gefühle des Kindes. So kann es lernen, Gefühle zu verbalisieren, statt sie auszuagieren.

Ich fasse zusammen

Wissen um die ADHS, echte Akzeptanz des Anderssein, eine individuell zugeschnittene Therapie und klare Familienregeln können helfen, die Gratwanderung rund um die Erziehung von Kindern mit einer ADHS besser zu bewältigen.

Reden ist Silber, Handeln ist Gold: Erziehungsratgeber für Kinder mit Verhaltensstörungen

Piero Rossi (2010)

Es ist schon erstaunlich: Währenddem einige Kinder sich prima entwickeln, ohne dass die Eltern bewusst erzieherisch auf das Kind einwirken müssen, stellen andere Kinder (manchmal sogar die Geschwister) die Eltern vor grösste erzieherische Herausforderungen. Ein Grossteil aller Kinder übernimmt die Regeln des Zusammenlebens und der Schule mehr oder weniger automatisch: Ein anerkennendes Lächeln der Mutter oder der Lehrkraft verstärkt und belohnt das Verhalten des Kindes, worauf die Auftretenswahrscheinlichkeit dieses Verhaltens erhöht wird. Andererseits reichen kritische nonverbale Gesten oftmals aus, um einem Kind zu zeigen, dass sein Verhalten nicht o.k. ist, worauf es das unerwünschte Verhalten normalerweise unterlässt.

Leider ist es so, dass nicht alle Kinder ihr Verhalten mehr oder weniger automatisch danach ausrichten können, was Eltern und Lehrkräften lieb und recht ist. Das gilt insbesondere für Kinder mit einer ADHS. Im Extremfall sprechen diese Kinder weder auf Belohnungen noch auf Bestrafungen an. Wir sprechen dann vom Wasserpistolen-Effekt. Gemeint ist damit, dass fast alle erzieherischen Massnahmen beim Kind wie Wasser abperlen. Eltern, Lehrerinnen und Lehrer fühlen sich dann dementsprechend hilflos und reagieren aus Gefühlen der Ohnmacht heraus nicht selten ungeduldig und manchmal auch aggressiv. Die folgenden Ausführungen betreffen den erzieherischen Umgang mit erziehungsresistenten Kindern, welche an „erzieherischen Lernstörungen“ leiden.

Handlungs- anstatt einsichtsorientierter Erziehungsstil

Der einsichtsorientierte Erziehungsstil ist definitiv passé. Ewige Diskussionen und einfach nur reden, reden und nochmals reden und an die Einsicht eines Kinder zu appellieren sind out: Ein oder zwei Mal

die Dinge klarstellen und zu Handlungen auffordern sind o.k. Dann aber sollte nicht mehr geredet, sondern gehandelt werden (handlungsorientierter Erziehungsstil). Dazu sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

Voraussetzung Nr. 1

Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass beim ADHS-Kind die Voraussetzungen dafür gegeben sind, so dass es aus Belohnungen und Bestrafungen und den damit verbundenen positiven und negativen Erfahrungen überhaupt lernen kann. Bei Kindern mit einer ADHS ist das alles andere als selbstverständlich! Bei jenen Kindern, welche aus ihren Erfahrungen nicht lernen können, verpuffen auch die allerbesten Erziehungsmassnahmen im Nu. Wichtig ist es daher, dass beim betreffenden Kind die grundlegenden Aufmerksamkeits- und Selbststeuerungsfunktionen therapeutisch genügend stabilisiert werden konnten. Dazu sind in vielen Fällen Medikamente erforderlich. Falls es trotz Therapie mit Medikamenten immer noch nicht stimmt, muss durch eine Fachperson überprüft werden, ob die Diagnose vollständig ist (bestehen neben einer ADHS Wahrnehmungsstörungen oder Teilleistungsstörungen?) und ob die mit den Medikamenten gegebenen therapeutischen Möglichkeiten wirklich ausgeschöpft wurden. Immerhin: Eine optimal eingestellte medikamentöse Therapie ist für den familiären und schulischen Lernerfolg eines Kindes das A und O. Oder liegen andere Belastungsfaktoren vor, welche das Kind ausbremsen und erziehungsresistent erscheinen lassen?

Voraussetzung Nr. 2

Wenn ein ADHS-Kind sich nicht richtig verhält, liegt es nicht immer daran, dass es nicht will oder dass es einfach trotzen, dominieren und unbewusst Macht über andere erlangen möchte. Gerade bei Kindern mit einer ADHS kann es wegen den syndrombedingten Impulskontroll- oder Aufmerksamkeitsschwächen sehr gut sein, dass sie nicht können, selbst wenn sie wollen. Ein Kind für etwas bestrafen, wofür

es nichts kann, ist unmenschlich. Bei diesen Kindern muss man sich also bei Verhaltensproblemen immer die Frage stellen: „Will es nicht oder kann es nicht?“. Aufgabe der Erzieher/-innen (Eltern, Lehrkräfte) ist es, den Kindern wie auch immer einen Weg vorzubereiten und quasi ein Lernterrain zu eröffnen, um ihnen damit zu ermöglichen, aus ihren Erziehungserfahrungen lernen können. Nur dann nämlich lernen diese Kinder, sich anders zu verhalten. Appelle, sich zusammenzureissen und „es endlich doch mal einzusehen“, reichen bei Kindern mit einer ADHS nie und nimmer.

Voraussetzung Nr. 3

Erziehung von Kindern mit einer ADHS funktioniert am besten durch konkrete Einflussnahme auf erwünschtes Verhalten durch Förderung (Belohnen) des positiven Verhaltens (positives Verstärken). Beispiel: „Wenn du es schaffst, dass Deine Hausaufgaben in fünfzehn Minuten erledigt sind, lade ich dich auf ein Eis ein“. Also: Nicht drohen, dem Kind etwas, was es gern hat, wegzunehmen, wenn es nicht das tut, was es soll, sondern eine kurzfristig erreichbare Belohnung in Aussicht stellen.

Voraussetzung Nr. 4

Entscheidend dabei ist, dass nicht primär das Erreichen eines Zieles belohnt wird (zum Beispiel eine gute Schulnote), sondern die einzelnen und konkreten Verhaltensschritte, welche dazu geeignet sind, das anvisierte Ziel zu erreichen. Beispiele: Das Kind fragt bei den Eltern nach, wenn es bei den Hausaufgaben etwas nicht versteht. Oder: Das Kind prüft die erledigten Hausaufgaben, bevor die Schulunterlagen wieder im Schulrucksack verstaut werden. Diese Verhaltensweisen sollen gelobt werden.

Voraussetzung Nr. 5

Die Zeiten ändern sich – auch wenn es unserer Generation nicht immer passt. Dinge bei Kindern und Jugendlichen durchzusetzen ist heute ungleich schwieriger als noch vor zehn Jahren. Die Einflüsse

der Bildschirmmedien und der Gleichaltrigen sind gewaltig. Konsequenz: Andere Erziehungskräfte im Auge behalten (was genau schauen sich die Kinder am TV an und vor allem wie lange? Womit gamen sie? Welche DVDs tauschen sie mit Kollegen aus? Welche YouTube-Videoclips schauen Sie sich an?).

Voraussetzung Nr. 6
Auch wenn sich Kinder heftig daneben benehmen: Ruhe bewahren. Wenn Eltern dann selbst die Nerven verlieren, sinkt die Chance, dass das Kind lernen kann, wie es sich richtig verhalten soll, rapide gegen Null.

Voraussetzung Nr. 7
Kinder müssen kindgerecht vermittelt bekommen, was die Eltern für Erwartungen an sie haben. Kindgerecht heisst aus entwicklungspsychologischer Sicht, dass berücksichtigt wird, dass das Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungssystem sowie die Merkfähigkeit bei Kindern nicht denjenigen von Erwachsenen entsprechen. Das gilt im Speziellen für Kinder mit einer ADHS. Die Botschaften und Aufträge müssen plakativ und einfach gehalten werden. Eltern müssen sich immer vergewissern, ob die Kinder auch wirklich verstanden haben, was man von ihnen erwartet. Merkkarten im Format A6 eignen sich dazu besonders gut, da sie nicht zu gross sind und auf der Rückseite Bonuspunkte vermerkt werden können, falls das Kind den Auftrag erfolgreich ausgeführt hat.

Voraussetzung Nr. 8
Kinder brauchen kindgerechte Regeln, welche berücksichtigen, dass ihre Selbststeuerungskompetenzen, also die Fähigkeit, sich selbst zu managen, noch nicht denjenigen von Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht.
Beispiel: Kein Kind hat eine so hoch entwickelte Selbstkontrolle, dass es immer das tut, was es tun sollte (zum Beispiel selbständig nach 30 Minuten den TV ausschalten). Dies von einem Kind zu er-

warten führt unweigerlich ins Desaster. Bei Kindern mit einer ADHS ist das noch ausgeprägter: Appelle an die Eigenverantwortung stellen oftmals auch bei Fünfzehnjährigen noch eine Überforderung dar. Beim TV-Konsum etwa ist und bleibt es in der Verantwortung der Eltern, die Dauer zu limitieren.

Voraussetzung Nr. 9

Loben und strafen Sie Verhaltensweisen und nicht das Kind an sich. Beispiel: Bei Komplimenten immer möglichst präzise beschreiben und hervorheben, welche konkrete Verhaltensweise das Kind gut (oder schon besser als beim letzten Mal) gemacht hat. Bei unerwünschtem Verhalten soll dem Kind wiederholt gesagt und gezeigt werden, welches konkrete Verhalten nicht in Ordnung war. Dem Kind muss, selbst wenn es viele Anläufe braucht, immer wieder in Ruhe gezeigt werden, wie es sich richtig verhalten muss. Bei theoretischen Vorträgen über richtiges Verhalten hören Kinder mit einer ADHS nicht zu. Übrigens: Vor allem Belohnungen (aber auch Strafen), wirken am besten, wenn sie originell, phantasievoll und überraschend daherkommen.

Führungsinstrument: Hausregeln

Hausregeln stellen ein wichtiges Instrument dar, um innerhalb der Familie Verhaltensweisen, welche von den Kindern nicht automatisch übernommen werden, zu regeln. Hausregeln entsprechen einem Pflichtenheft an einer Arbeitsstelle. Dieses Führungsinstrument regelt, wer welche Aufgaben, Rechte und Pflichten hat, wer wann was macht und wer, wann und welche Informationsbring- und Holpflichten hat. Bezüglich vieler alltäglicher Gegebenheiten, welche zu Auseinandersetzungen führen, sollte nicht erst im täglichen Vollzug (das ist zu spät und führt meistens zu Streit), sondern bereits vorher, also in der Planungsphase, Klarheit geschaffen werden. Wer erst im Konfliktfall über die Spielregeln verhandelt, hat von vornherein verloren.

Bestandteile wirksamer Hausregeln

Griffige und schlanke Hausregeln setzen sich aus drei Elementen zusammen, welche sich auf maximal einer A4-Seite festhalten lassen:

- Konkrete Regeln
- Bussenverzeichnis
- Ämtli-Plan (welche Aufgaben im Haushalt hat das Kind)

Grundsätzliches zu Hausregeln

Hausregeln müssen so aufgebaut sein, dass sie die 1:1-Kontrollfunktion der Mutter (und des Vaters) reduzieren. Genau das ist ja der Sinn von Hausregeln. Es ist wie im Strassenverkehr: Bei Geschwindigkeitsübertretungen müssen wir nicht erst lange mit dem Polizeibeamten diskutieren. Wir wissen, dass wir eine Regel übertreten haben und nun zur Kasse gebeten werden. Der Polizeibeamte vollzieht einen schon im Voraus feststehenden Akt der Bestrafung (Busszettel). Dies macht das Handling sehr viel einfacher. Stellen Sie sich nur vor, der Polizeibeamte müsste mit jedem Verkehrssünder stundenlange Diskussionen über Sinn oder Unsinn der Strafe führen. Ohne klare und verbindliche Regeln lassen sich viele Eltern in viel zu lange Diskussionen hineinziehen. Hausregeln müssen also so gestaltet werden, dass durch sie die Kontrollfunktion der Mutter reduziert wird und sie aus der unseligen Rolle der Polizistin wenigstens ein Stück weit befreit wird. Regelwerke, welche darauf hinauslaufen, dass die Mutter das Verhalten des Kindes noch mehr kontrollieren muss, sind definitiv kontraproduktiv und damit untauglich.

Hausregeln ermöglichen den Blick aufs Positive

Klare Regeln und Sanktionen bieten den Eltern die grosse Chance, den Kindern und Jugendlichen mehr positive Feedbacks zu geben und generell mehr Raum für positive Interaktionen entstehen zu lassen. Die Eltern verfügen dank griffigen Hausregeln über mehr Auf-

merksamkeitsenergie für das erwünschte positive Verhalten eines Kindes (selbst dann, wenn es sich erst in kleinen Ansätzen zeigt).

Hausregeln fördern die Selbstverantwortung des Kindes

Hausregeln müssen geeignet sein, die Selbstverantwortung des Kindes zu fördern. Sie müssen inhaltlich so strukturiert sein, dass das Kind fast zwingend Erfolgserlebnisse machen muss. So erfährt es automatisch, dass es sich lohnt, sich an gemeinsam getroffene Vereinbarung zu halten. Konkret: Eltern erarbeiten sich niederschwellige Zwischenziele, so dass es dem Kind gelingen muss, Erfolg zu haben. Hiervon hängt der Erfolg nahezu aller Erziehungsmassnahmen ab. Im weitesten Sinne soll mit diesen Führungsinstrumenten (Hausregeln, Bussenverzeichnis und Ämtli-Plan) erreicht werden, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit des positiven Verhaltens gefördert wird und dass mehr Raum für Positives entsteht.

Hausregeln müssen umsetzbar sein

Hausregeln müssen einfach umsetz- und kontrollierbar sein. Immer daran denken, dass das Einhalten der Regeln überprüft und das Nichteinhalten bei Bedarf sanktioniert werden muss. Ziel von Hausregeln ist es ja nicht, dass man innerhalb einer Familie wegen der Umsetzung oder Einhaltung von neuen Regeln noch mehr Ärger hat als zuvor. Die Regeln sollen möglichst sachlich sein, ähnlich wie im Strassenverkehr, wo man ja nicht wirklich sauer auf den Polizisten ist, bloss weil er einem in extrem ungerechter Manier eine Busse aufgebrummt hat. Wenn, dann sind wir sauer auf die doofe Geschwindigkeitsregelung, aber nicht auf die Polizeibeamten. Deswegen auch der Bussenkatalog, welcher konkret definierte Übertretungen bezeichnet und angibt, welche Strafe es bei welchem Verhalten absetzt (zum Beispiel bei verbalen Angriffen, bei Handgreiflichkeiten, bei Entwenden von Eigentum anderer Familienmitglieder).

Punktepläne und Belohnungssysteme?

Immer wieder hören wir von Eltern, dass sie eine Weile und meistens ohne anhaltenden Erfolg versucht haben, mit Punkteplänen auf das Verhalten eines Kindes mit einer ADHS einzuwirken. Punktepläne funktionieren schon, nur müssen sie sparsam dosiert, pfiffig aufgemacht, konsequent durchgeführt und rechtzeitig beendet werden. Meistens bedarf es dazu der therapeutischen Unterstützung durch eine Fachperson.

Hausregeln in der Praxis

In einem ersten wichtigen Schritt müssen sich die Eltern grundsätzlich klar werden, was sie eigentlich erwarten. Was ist ihnen im familiären Zusammenleben wirklich wichtig? Welche Verhaltensweisen wollen sie auf gar keinen Fall mehr erleben? Motto: Weniger ist mehr. Also ein schlankes und griffiges Regelwerk erschaffen. Entscheidend ist, dass sich Vater und Mutter auf eine gemeinsame „Unité du doctrine“ beziehungsweise Basis der Regeln einigen. Konkret heisst das, dass die Ausarbeitung von Hausregeln zwischen Vater und Mutter erfolgt (die Kinder werden erst später miteinbezogen). Die Regierung bestimmt, wo es langgeht. Selbstverständlich sind Hausregeln nur dann wirksam, wenn auch Väter an deren Erarbeitung und Durchsetzung aktiv mitwirken. Und: Eltern müssen nicht in allen Punkten einig sein, um gemeinsam für die Hausregeln einzustehen (zwischen den Eltern gilt grundsätzlich das Kollegialitätsprinzip). In einem nächsten Schritt können dann die Familiengesetze dem Kinder-Parlament zur Diskussion vorgelegt werden, bevor sie verabschiedet werden und für eine im Voraus definierte Zeit (zum Beispiel für drei Monate) in Kraft treten.

Umsetzen von Hausregeln

Hausregeln wirken besser, wenn man sie zusammen mit dem Kind einübt. Beispiel: Die Regel „Montag, Mittwoch und Samstag Duschen und Haare waschen“ könnte dem Kind vermittelt werden, in-

dem der Vater eine Weile lange mit dem Sohn an diesen Tagen zusammen duscht (ideal auch für Aufklärungsgespräche Vater-Sohn).

Wenn immer möglich sollte auf technische Hilfsmittel zurückgegriffen werden (zum Beispiel bei den TV- oder PC-Zeitgrenzen). Beispiel: Zu verlangen, dass ein Kind die TV-Zeit selbständig auf eine Stunde pro Tag beschränkt, bringt nur Ärger, da die Mutter das dann jeden Tag kontrollieren muss und dadurch noch mehr in eine negativ besetzte Rolle gerät. Besser sind da technische Hilfsmittel, welche die Benutzung der Bildschirmmedien automatisch limitieren (moderne Systeme lassen sich von den Kindern nicht knacken). Positive und negative Konsequenzen müssen schnell erfolgen, wenn sie das Verhalten des Kindes beeinflussen sollen. Schlechtes Beispiel: „Wenn es einen Monat lang geklappt hat, gibt's einen Kinobesuch." Das kann nicht funktionieren.

Einige Regeln müssen zwecks Umsetzhilfe visualisiert werden. Beispiel: „Duschtuch aufhängen und Waschlappen ausdrücken". Das hört sich gut an. Papier ist geduldig. Für Worte aus dem Mund der Eltern sind Kinder / Jugendliche leider nicht eben sehr empfänglich, da die meisten Eltern ihre Kinder viel häufiger dann ansprechen, wenn sie etwas nicht gut gemacht haben. Hinter allem und jedem hören die Kinder dann nur noch ein Geschimpfe. Läuft es mal gut, atmen die Eltern auf und lehnen sich zurück, anstatt ihre Aufmerksamkeit auf das positive Verhalten des Kindes zu richten. Die Regel „Duschtuch aufhängen und Waschlappen ausdrücken" muss daher ergänzt werden durch eine Visualisierung. So könnte zur Erinnerung im Badezimmer ein Foto eines ausgedrückten Lappens und eines ordentlich aufgehängten Duschtuches aufgenommen, auf ein A5-Blatt ausgedruckt, dann laminiert und schliesslich im Badezimmer aufgehängt werden. Oder: „Direkt nach dem Heimkommen Jacken aufhängen, Schuhe hinstellen...". Das alleine wird nicht klappen (zur Erinnerung: Von einem einsichtsorientierten Erziehungsstil sollte Abschied genommen werden). Unterstützt werden kann diese Regel, indem eine Weile lang an dem Ort, wo die Jacke hingehängt

und die Schuhe hingestellt werden sollen, blinkende LED-Lämpchen aus dem Fahrradzubehör angebracht werden. Kinder mit einer ADHS richten ihre Aufmerksamkeit so viel besser auf die der Mutter so wichtige Stelle.

Erziehungskurse

Wer ein Mofa lenken will, benötigt einen Führerschein, muss also Lernen und eine Prüfung bestehen. Die Fähigkeit zum Erziehen der Kinder hingegen scheint eine angeborene Eigenschaft zu sein, welcher nicht erlernt werden muss. Wenigstens für Väter und Mütter mit schwierigen Kindern wäre es ein Segen, bestünde die Möglichkeit, Erziehungskurse zu absolvieren. Leider werden diese nur vereinzelt und meistens ohne Qualitätssicherung angeboten.

Professionelle Erziehungsberatung

Es ist kein Zeichen des Versagens, wenn sich Eltern durch eine professionelle Erziehungsberatungsstelle unterstützen lassen. Viele Eltern profitieren von den Tipps und Ratschlägen der Erziehungsberater/-innen.

Mach endlich! Baustellen und ihre Umfahrungsmöglichkeiten in ADHS-Familien

Piero Rossi. Erschienen in ELPOST Nr. 44/2011.

In vielen Familien mit ADHS-betroffenen Kindern prägen negative Stimmungen, Gereiztheit und zwischenmenschliche Spannungen den Alltag. Der Tagesablauf ist geprägt von Streitereien zwischen den Geschwistern, der Ungewissheit darüber, in welcher Laune das Kind wohl von der Schule heimkommt, den Sorgen um den nächsten Fahrradunfall, um den heimlichen Zigarettenkonsum oder um die schulische und berufliche Zukunft des Kindes. Ruhige Momente sind rar. Oft beginnt der Stress schon am Vorabend: „Hoffentlich wird Debora morgen früh nicht wieder dermassen trödeln, dass sie dauernd mit ‚Mach endlich!' ermahnt werden muss. Wir können unseren eigenen Ausspruch nicht mehr hören!" Oder: „Mag Michi wenigstens heute einmal am Mittagstisch genügend essen?" Und: „Hoffentlich wird uns Leandras Lehrerin heute Abend beim Elterngespräch nicht wieder berichten, dass das Mädchen schon mehr leisten könnte, wenn sie sich nur mehr anstrengen würde – und uns damit nicht wieder zu verstehen geben, wir müssten noch mehr mit Leandra lernen. Dabei sitzen wir mit dem Mädchen doch schon stundenlang an den Hausaufgaben!"

Eltern von ADHS-betroffenen Kindern berichten uns von unzähligen, hartnäckigen und immer wiederkehrenden Alltagsproblemen, welche den Stresslevel in der Familie auf einem viel zu hohen Niveau verharren lässt. Dies wiederum verschärft das angespannte Klima in vielen Familien und damit auch das gereizte aufeinander Reagieren. Die Summe aller Einzelbelastungen ergibt eine Dauerbelastung, welcher vor allem die Mütter von betroffenen Kindern immer wieder an die Grenze ihrer Belastbarkeit führt.

Im Folgenden werden – ausgehend von meinen Erfahrungen in der psychologischen Praxis – exemplarisch einige häufig vorkommende Konflikte und deren Lösungsmöglichkeiten vorgestellt.

Baustelle Nr. 1: Will sie nicht oder kann sie nicht?

„Zum Glück geht es Laura seit Beginn der medikamentösen Therapie in der Schule immer besser. Der Klassenlehrer bestätigte uns dies letzte Woche beim Elterngespräch. Trotzdem provoziert Laura beim Mittagessen immer wieder ihren jüngeren Brüder Kevin mit spitzen Bemerkungen, provozierenden Berührungen unter dem Tisch oder blitzartigem Wegziehen von Kevins Besteck. Sie ist kaum zu stoppen. Das Mädchen steigert sich jeweils total in diese Rolle hinein. Die ganze Familie kocht dann buchstäblich – anstatt in Ruhe zu essen. Kaum kehrt Laura nachmittags von der Schule heim, geht das Theater wieder von Neuem los. Weder Belohnungspunkte noch Handy-Entzug nützten bisher. Wir können es uns kaum vorstellen, dass es im Unterricht wirklich ohne Probleme geht. Laura scheint es manchmal regelrecht zu geniessen, ihren Bruder zu plagen und die Familie zu stressen. Ist es vielleicht doch Lauras aggressiver Charakter, der sich mit zunehmendem Alter immer mehr zeigt? Zum Glück entschuldigt sich Laura jeweils im Verlauf des Nachmittags für ihr Verhalten."

Umfahrungsmöglichkeit: Wenn es bei Laura dank der Therapie im Unterricht besser läuft, am Mittag aber trotzdem der Teufel los ist, müsste in einem ersten Schritt geprüft werden, ob es sich bei diesen Problemverhaltensweisen nicht um wieder aufflackernde ADHS-Symptome handelt, welche durch ein Nachlassen der Wirkung des Medikaments bedingt sind. Auch an einen sogenannten Rebound-Effekt ist zu denken. Gemeint ist damit ein übermässig starkes Wiederauftreten der Symptome beim Nachlassen der Wirkung der ADHS-Medikamente. Nicht immer wird berücksichtigt, dass die am häufigsten eingesetzten Stimulanzien eine Wirkdauer von nur etwa

drei Stunden aufweisen. Kein Wunder also, wenn gegen die Mittagszeit und dann wieder gegen ca. 16:00 Uhr ADHS-Symptome erneut auftreten. Die behandelnde Ärztin beziehungsweise der behandelnde Arzt wird in diesen Fällen den Einsatz von länger wirkenden Stimulanzien erwägen. Sollten die Verhaltensprobleme trotz ausreichender medikamentöser Versorgung anhalten, ist das Problem mit der zuständigen psychologischen Fachperson zu lösen.

Bei Kindern mit einer ADHS, welche sich für ihr missliches Verhalten entschuldigen und welche ein mehrheitlich intaktes Sozialverhalten zeigen, ist es eher unwahrscheinlich, dass die Verhaltensstörungen Ausdruck einer charakterlichen Disposition oder einer Psychopathologie sind. Verhaltensstörungen, wie Laura sie zeigt, sowie ähnliche Probleme, weisen vielmehr darauf hin, dass es sich um ADHS-spezifische Verhaltensstörungen handelt, welchen therapeutisch noch nicht optimal begegnet werden konnte.

Baustelle Nr. 2: Anhaltende Schwierigkeiten trotz Therapien

„Wir sind verzweifelt. Andrin wird von der Kinderärztin und einem Psychologen optimal betreut. Trotzdem ist er immer noch sehr leicht ablenkbar. Auch sind die schulischen Leistungen immer noch knapp. Der Oberstufenübertritt steht vor der Tür und es ist zu befürchten, dass Andrin nicht wie vorgesehen in die Sekundar-, sondern in die Realschule versetzt wird."

Umfahrungsmöglichkeit: Angesichts der grossen Fortschritte in der Medizin haben viele Eltern und Lehrkräfte die Erwartung, dass auch im Bereich der Psychologie und der Psychiatrie alle Probleme irgendwie lösbar sein müssen. Schliesslich gibt es Ritalin, andere ADHS-Medikamente und wissenschaftlich überprüfte verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Behandlungen der ADHS. Trotzdem: Es ist eine Tatsache, dass trotz optimaler Therapie nicht allen Kindern mit einer ADHS gleich gut geholfen werden kann. Eltern sollten sich durch überzeichnete Machbarkeitsvorstellungen nicht zu sehr unter

Druck setzen lassen. So verständlich die hohen Erwartungen an einen Behandlungserfolg der ADHS sind, so bedeutsam sind Bescheidenheit und eine Akzeptanz der Tatsache, dass nicht immer alle Probleme lösbar sind. Diese wohlwollende Einstellung kann Eltern von Kindern mit einer ADHS, welche auf die Behandlungen nicht oder nur ungenügend ansprechen, entlasten.

Baustelle Nr. 3: Wochenend-Terror mit Patrik

„Patrik geht es seit Beginn der ADHS-Therapie viel besser. An Schultagen hat ihm der Kinderarzt ein Stimulans verschrieben, welches Patrik gut verträgt. Er kommt meistens zufrieden von der Schule heim und ist furchtbar stolz, wenn er in Prüfungen gute Noten erreicht. Seine Schrift hat sich extrem verbessert. Auch ist Patrik viel ausgeglichener als vor der Therapie. Leider fällt Patrik an den Wochenenden und während der Ferien regelmässig in das alte Verhaltensmuster zurück. Er ist dann – ehrlich gesagt – unausstehlich, provoziert ständig seine Schwester, trotzt bei Aufforderungen (wie nach dem Essen beim Abräumen mitzuhelfen) und tigert den ganzen Tag ruhelos durchs Haus. Vielleicht müssen wir einmal in eine Familientherapie."

Umfahrungsmöglichkeit: Ausgehend von der Grundhaltung, Kindern so wenig Medikamente wie möglich zu verschreiben, verordnen einige Ärztinnen und Ärzte die Einnahme der Stimulanzien nur während der Schulzeiten. Trotz guter Absicht erwies sich dieses Therapieschema in den meisten Fällen als kontraproduktiv. Warum? Stimulanzien nur in den Schulzeiten zu verabreichen heisst, sie an den Wochenenden wieder ihren Symptomen auszuliefern. Gerade die Wochenenden und Ferienzeiten bieten den Kindern ein ideales Lernfeld, um soziale Kompetenzen zu erlernen. Lernen können sie aber nur dann, wenn sie aufmerksam genug sind, um auch die leisen Töne der zwischenmenschlichen Interaktionen wahrnehmen zu können. Ausserdem bieten Wochenenden und Ferienzeiten Kindern viele Ge-

legenheiten, Seelennahrung aufzutanken. Dies setzt voraus, dass die Kinder sich diesen Erlebnissen – etwa einen Besuch des Spiegelgartens in Luzern mit dem Grossvater – hingeben, sie abspeichern und später daran erinnern können. Sie müssen also während des Ausflugs aufmerksam und ausreichend geduldig sein. Viele Ärztinnen und Ärzte empfehlen daher, dass die Stimulanzien also auch an Wochenenden und in den Ferien verabreicht werden sollen.

Baustelle Nr. 4: Einschlafstörungen

„Bei uns bestehen zur Einschlafzeit von Lara die grössten Konflikte. Das Mädchen kann und kann nicht einschlafen. Dieses Problem hat Lara seit dem Kleinkindalter. Immer wieder kommt sie herunter ins Wohnzimmer, um nach irgendetwas zu fragen oder weil sie Durst hat. Seit zwei Monaten hat sie zunehmend Ängste vor Gespenstern. Einschlafen geht nur dann, wenn ich oder mein Mann uns eine halbe Stunde zu Lara hinlegen. Das kann so nicht weitergehen. Wir Eltern haben den Familien-Feierabend dringend nötig, vor allem bei all dem Stress, den wir mit unseren ADHS-Kids haben."

Umfahrungsmöglichkeit: Einschlafprobleme treten bei Kindern mit einer ADHS derart häufig auf, dass ich sie mit zu den Kernsymptomen dieses Syndroms zähle. Ich erinnere mich an kein Kind mit einer unbehandelten ADHS, welches problemlos einzuschlafen vermochte. Eigentlich auch verständlich, stellt doch die Einschlafzeit eine sehr reizarme Situation dar: Ruhe (keine akustische Stimulation), kaum Licht (keine visuelle Stimulation), kein Anfassen, kein aktives Bewegen und sich Spüren (keine taktile Stimulation). Da ADHS-Medikamente am Abend nicht mehr wirken, bedeutet das Ausbleiben von visueller, akustischer und taktiler Stimulation zur Einschlafzeit, dass die Kinder über noch weniger Reizschutz verfügen. Folge: Sie spüren alles und werden hypersensibel. Aus jedem noch so schwachen Druck auf die Blase wird ein: „Ich muss sofort aufs WC, sonst mache ich ins Bett!", aus jedem noch so kleinen

Durstgefühlchen wird ein: „Ich muss jetzt sofort etwas trinken!“, aus jedem möglicherweise Sorge erzeugenden Gedanken wird Angst und aus kaum wahrnehmbaren Schatten des Kleiderständers werden Gespenster oder Zombies. All diese Sinneseindrücke und deren Verarbeitung halten die Kinder verständlicherweise lange wach. Um es auf den Punkt zu bringen: Kinder mit einer ADHS können sich auch nicht gut auf den Schlaf konzentrieren. Tatsächlich erfordert ein Einschlafen, dass der Reizfilter aktiv ist, dass alles zurzeit Unwichtige ausgeblendet und abgeschaltet werden kann. Und genau dies können Kinder mit einer ADHS zur Einschlafzeit infolge des Stimulationsmangels sehr schlecht.

Damit Kinder sich auf den Schlaf konzentrieren können, sollte zwei Stunden vor der Einschlafzeit auf TV und Spielkonsolen verzichtet werden. Dann kann versucht werden, das Kind zur Einschlafzeit visuell (zum Beispiel durch ein sanft leuchtendes Mobilé) oder akustisch (zum Beispiel einen plätschernden Zimmerbrunnen) zu stimulieren. Nicht zu stark, aber auch nicht zu schwach. Es fokussiert sich dann auf diese Stimuli, was zu einer Aktivierung der Reizfilterung führt und dem Kind schliesslich ermöglicht, abzuschalten und einzuschlafen. Eltern beichteten uns wiederholt, dass auch eine halbe Tasse mit stimulierendem Milchkaffee Wunder wirken könne, währenddem Baldrian und andere beruhigende pflanzliche Mittel entweder gar nicht nutzten oder sogar eine gegenteilige, also aufputschende Wirkung hatten. In ganz hartnäckigen Fällen wird die verantwortliche Ärztin oder der zuständige Arzt eine kleine Dosis Stimulanzien – eingenommen 30 Minuten vor der vorgesehenen Einschlafzeit – verordnen, womit sich das Problem der fehlenden Konzentration auf den Schlaf in den meisten Fällen lösen lässt.

Baustelle Nr. 5: Unverständnis und Hilflosigkeit

„Janik kann machen, was er will: Bei Prüfungen kann er das Gelernte nicht angemessen umsetzen. Die oft ungenügenden Noten scheinen Janik zu knicken. Wenn er nach Hause kommt, ist er entweder aggressiv oder gelähmt und manchmal sogar fast depressiv. Die

ganze Familie leidet an einer Mischung aus Mitleid und Verärgerung über Janiks Verhalten. Es wird immer unerträglicher. Auch ein Gespräch mit dem Lehrer von Janik brachte keinen Erfolg. Im Gegenteil: Der Lehrer ist nicht bereit, Janik in Prüfungen mehr Zeit zu geben. Auch akzeptiert er nicht, dass Janik bei Prüfungen ein Abdeckblatt verwendet, um nicht in der Zeile zu verrutschen. Er müsse alle Kinder gleich behandeln, meinte der Lehrer. Wenn er eine Ausnahme bewillige, würde er überrannt von Ausnahmewünschen."

Umfahrungsmöglichkeit: Kinder mit einer ADHS und ihre Familien leiden nicht nur an den ADHS-Symptomen ihrer Kinder, sondern oftmals auch an fehlendem Verständnis der Umwelt. Beispiel Schule: Zwar beteuern immer mehr Lehrkräfte, um die ADHS zu wissen. Trotzdem stossen die Wünsche der Eltern bezüglich der Unterrichtsgestaltung, bei den Prüfungen oder den Hausaufgaben auf die ADHS-bedingten Handicaps des Kindes Rücksicht zu nehmen, immer wieder auf Granit. Selbst bei unkomplizierten Angelegenheiten, wie etwa das Kontrollieren des Hausaufgabenbüchleins, hören Eltern immer wieder, dass von einem Kind in diesem Alter erwartet werden dürfe, die Hausaufgaben selbstständig ins Aufgabenheft einzutragen. Gleiches gilt für Anliegen nach etwas mehr Zeit in Prüfungen, da das Kind wegen Konzentrations- oder Feinmotorik-Problemen nicht so schnell wie andere vorwärtskommt. Auch heute noch vernehmen Eltern immer wieder, dass Ausnahmen nicht drin liegen und die Lehrkraft alle Kinder gleichbehandeln müsse – als hätten alle Kinder die gleichen Voraussetzungen! Auch kommt es leider immer wieder vor, dass Lehrer sich weigern, dem Kind im Schullager die ärztlich verordneten Medikamente zu verabreichen.

Eine Umfahrungsmöglichkeit besteht darin, die Lehrkraft über die ADHS zu informieren. Dazu eignen sich die Informationsbroschüren der ADHS-Verbände oder Hinweise auf ADHS-Informationen im Internet (zum Beispiel: www.adhs.ch). Bei Bedarf kann auch ein Bericht zum Beispiel der behandelnden Psychologin

oder des zuständigen Arztes dazu beitragen, dass die Lehrkraft die Probleme der Kinder mit ADHS besser versteht.

Baustelle Nr. 6: Kampf um die Hausaufgaben

„Wie können wir unseren hyperaktiven Sohn Marius bloss dazu bringen, endlich und ohne Verweigerung, Trotz und Getöse seine Hausaufgaben zu erledigen?“

Umfahrungsmöglichkeit: Hausaufgaben gehören für viele Kinder mit einer ADHS zu den am meisten gehassten Tätigkeiten. Sie drücken sich, versuchen, sie auf später zu verschieben, stehen – sofern sie sich überhaupt hinsetzen – ständig wieder auf und zeigen grösste Mühe, bei der Sache zu bleiben. Nicht nur das Lachen der draussen spielenden Kinder oder die Geräusche von Nachbars Rasenmäher, sondern buchstäblich jede Fliege vermag Kinder mit einer ADHS vom Erledigen der Hausaufgaben abzulenken. Einige Kinder mit ADHS – es sind vor allem Mädchen ohne Hyperaktivität – zeigen ein gegenteiliges Verhalten: Sie lernen mit übergrossem Eifer und übertriebenem zeitlichem Einsatz. Diese Kinder berichten uns, dass sie grosse Angst haben, das Gelernte schnell wieder zu vergessen und sich nur durch exzessives Lernen in der Lage sehen würden, sich dann während des Schulunterrichtes einigermassen an den Lernstoff erinnern zu können. Die Angst, am kommenden Schultag schon wieder blamiert an der Tafel zu stehen und infolge des verkürzten Arbeitsgedächtnisses einfachste Dinge wieder nicht aus dem Gedächtnis abrufen zu können, treibt diese Kinder zu übertriebenem Lernverhalten.

Unruhige und impulsive Kinder mit einer ADHS zeigen die problematischen Verhaltensweisen nicht etwa, weil sie faul oder bezüglich ihrer Intelligenz überfordert sind, sondern weil sich während dem Stillsitzen die ADHS-typische Reizoffenheit noch weiter vergrössert. Sie werden dann überflutet von inneren und äusseren Eindrücken, welche mit dem Lernen meist gar nichts mehr zu tun haben und werden dadurch abgelenkt. Lernen bedeutet häufig monotones

Repetieren sowie wiederholtes und langweiliges Üben. Dazu ist neben einer Grundmotivation auch eine altersentsprechend entwickelte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechterhalten zu können, erforderlich. Ausserdem müssen Impulse (zum Beispiel aufzustehen) ausreichend unterdrückt werden können. Beides Eigenschaften, welche bei Kindern mit einer ADHS in subjektiv langweiligen Situationen schwach ausgeprägt sind. Üben ist für Kinder mit ADHS grundsätzlich schwierig. Sie suchen immer Neues und Interessantes und registrieren oft Nebensächlichkeiten. Gleichzeitig bekunden sie grosse Mühe, das Gelernte zu einem Ganzen zusammenzufassen. An Details vermögen sie sich zu erinnern, nicht aber an den Gesamtzusammenhang. Eltern haben dann den Eindruck, dem Kind fehle es an Motivation oder Einsicht. Viele Kinder mit einer ADHS leiden unter diesen Lernstörungen: Sie schämen sich, weil sie merken, dass sie es eigentlich kapieren müssten – es aber nicht klappt. Das lässt sie manchmal noch reizbarer und aggressiver werden. Was tun?

- Vor dem Erledigen der Hausaufgaben sollte das Kind etwas essen und trinken.
- Es muss sichergestellt sein, dass die ADHS-Medikamente auch zu den Zeiten noch wirken, in welchen die Hausaufgaben erledigt werden.
- Bei Hausaufgaben-Problemen muss gewährleistet sein, dass neben der ADHS keine Teilleistungsstörungen (wie zum Beispiel eine nonverbale Lernstörung oder eine Legasthenie) vorliegen, welche dem Kind das Lernen zusätzlich erschweren. Falls doch, müssten diese im Gesamtherapieplan Berücksichtigung finden.
- Konsum von Spielkonsolen und TV beeinträchtigen ganz generell die Konzentration und das Lernvermögen. Sie sollten – wenn überhaupt – erst 45 Minuten nach dem Lernen bewilligt werden (und dann für maximal eine halbe Stunde).
- Es macht keinen Sinn, einzufordern, dass die Hausaufgaben alleine gemacht werden müssen. Alle Appelle an die Selbstständ-

digkeit verstärken bei Kindern mit einer ADHS das meist sowieso vorhandene Überforderungsgefühl.

- In sehr vielen Fällen können Kinder mit einer ADHS die ihnen gestellten Aufgaben nicht lösen, weil sie die Fragestellung überfliegen, anstatt sie zu lesen. Sie schreiten zur Antwort, bevor sie die Fragestellung in Ruhe gelesen haben. Daher ist es unumgänglich, die Lernenden darin zu unterstützen, solange bei der Aufgabenstellung zu verweilen, bis diese wirklich verstanden wurde.
- Kinder mit einer ADHS müssen konkret (und am besten schriftlich) wissen, was, wie, wann und bis wann etwas von ihnen erwartet wird.
- Da Kinder mit ADHS nicht lange still sitzen können, macht es wenig Sinn, von diesen Kindern zu erwarten, dass sie sich lange mit den Hausaufgaben herumquälen. Es empfiehlt sich, die Kinder in einem Rhythmus von maximal 15 bis 20 Minuten lernen zu lassen. Eine Küchenuhr leistet hierzu grosse Dienste. Je nach Ausprägung der Lernstörungen soll die Bezugsperson wiederholt wieder nach dem Rechten sehen und das Kind loben und ermutigen, auch den Rest der anstehenden Aufgaben zu erledigen.
- Viele Kinder mit einer ADHS verweigern die Hausaufgaben, wenn von ihnen erwartet wird, alleine in ihrem Zimmer zu lernen. Sie halten dies schlichtweg nicht aus. Die Ruhe und der Mangel an stimulierenden Reizen führen dann zu einer unerträglichen emotionalen Anspannung und einem gänzlichen Zusammenbruch der Filterung von irrelevanten Reizen. Das Lernen wird dann vollends unmöglich. Abhilfe schafft gelegentlich ein leise im Hintergrund laufendes Radio. Paradoxerweise berichten Kinder mit ADHS immer wieder, dass sie mit Musik im Hintergrund besser lernen können und aufnahmefähiger sind. Man sollte sie gewähren lassen. Bei einem starken hyperaktiven Syndrom und der damit verbundenen Unfähigkeit, sich überhaupt hinsetzen zu können, sollte auch erlaubt werden, mit dem Buch

in der Hand im Zimmer auf- und abzugehen. Auch ein Stehpult oder ein Schaukelsessel leisten mitunter gute Dienste.

- Kinder, aber auch Erwachsene mit ADHS, bekunden immer wieder Mühe mit dem „In-Fahrt-Kommen“. Es ist, als würde der Startknopf nicht funktionieren. Eine Belohnung in Aussicht zu stellen ist meist ebenso wirkungslos, wie das Androhen von Strafe oder anderen Sanktionen. Das Zeitfenster ist bei Menschen mit ADHS zu klein, um sich eine in Aussicht gestellte Belohnung oder eine angedrohte Strafe merken zu können. Sie leben im Hier und Jetzt. Strategisch sinnvoll ist es, unmittelbar vor dem Beginn der Hausaufgaben dem Kind einen attraktiven Reiz zu bieten (Schokoriegel, kleines Geschenk, andere Überraschung). Dabei wird das Frontalhirn bereits zu Beginn der Hausaufgaben stimuliert und die Kinder sind oftmals besser in der Lage, die Hausaufgaben auszuführen.
- Falls die Kinder sich dann tatsächlich hinsetzen und versuchen, sich den Hausaufgaben zu widmen, sollten sie gelobt werden. Das Lob soll also nicht nur für das erfolgreiche Durchführen der Hausaufgaben erfolgen, sondern bereits für den Versuch. Die Anstrengungsbereitschaft ist an sich schon lobenswert – und nicht erst das Resultat.
- Grundsätzlich sollte die Lernsituation positiv gestaltet werden: Der Schreibtisch des Kindes darf nicht überladen und chaotisch sein. Wenn möglich sollte es im Kinderzimmer zwei Tische haben: einen Spiel- und Chaostisch sowie einen nur zum Lernen reservierten Schreibtisch mit einer guten (!) Leselampe in einer dem Kind zusagenden Farbtemperatur. Unbedingt sollten bei Umschlägen, Mappen und Ablagesystemen verschiedene Farben zum Einsatz kommen (auch diese führen zu einer neuronalen Stimulation und können mit dazu beitragen, die aktuelle Lernfähigkeit zu erhöhen).
- Eltern beziehungsweise die für die Betreuung der Hausaufgaben verantwortliche Person müssen täglich den Schulrucksack kontrollieren. Dieser soll nach Abschluss der Hausaufgaben (und

nicht erst am nächsten Morgen) wieder ordentlich bepackt werden. Im Schulrucksack soll sich nur das für die Schule notwendige Material befinden. Auch Sporttaschen, welche für den Sportunterricht des folgenden Tages gebraucht werden, sollten am besten im Anschluss an die Hausaufgaben gepackt werden.

Diese Liste von Baustellen in Familien mit Kindern mit einer ADHS liesse sich beliebig verlängern: Stress durch Geschwister oder Elternteile, bei denen ebenfalls eine noch nicht diagnostizierte und behandelte ADHS vorliegt, Stress durch die Folgen eines zu hohen Bildschirmmedienkonsums, Stress durch Falschinformationen über die ADHS oder etwa Stress durch abwesende Väter.

Gestützt auf Rückmeldungen von vielen Eltern besteht die zweitbeste Umfahrungsmöglichkeit darin, mit einer kompetenten Fachperson zusammenzuarbeiten. Auch diesbezüglich geben die Selbsthilfeverbände gerne Empfehlungen. Die kürzeste aller Umfahrungsmöglichkeiten ist meiner Meinung nach ein Mitwirken bei der ADHS-Selbsthilfegruppe ELPOS oder in anderen ADHS-Selbsthilfeorganisationen. Für fast alle Alltagsprobleme in ADHS-Familien wissen andere Eltern praxisbewährte Tipps.

Komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS

Piero Rossi mit Susanne Bürgi. Erschienen in ELPOST 40/2010.

Fallbeispiel

Sara, ein zehnjähriges Mädchen, wurde uns von der Kinderärztin zur Beurteilung und Behandlung zugewiesen. Vor zwei Jahren stellte sie bei Sara eine ADHS-Diagnose. Aktueller Vorstellungsanlass waren anhaltende Verhaltensprobleme (Chaos im Zimmer und in den Schulunterlagen, schlechtes Zeitgefühl, impulsives Verhalten, gereiztes und teilweise freches Reagieren den Eltern und dem Lehrer gegenüber, Streit mit älteren Kindern und Erwachsenen) sowie erwartungswidrige schulische Minderleistungen. Die Mutter berichtete, Sara habe auch grosse Mühe im Rechnen. Dem Bericht des Lehrers war zu entnehmen, dass das Mädchen ein langsames Arbeitstempo und Schwierigkeiten beim Abzeichnen hatte, sehr umständlich arbeitete und leicht ablenkbar war. Auf eine Therapie mit Stimulanzien hatte das Mädchen angesprochen, allerdings nur in einem unbefriedigenden Ausmass.

Unsere Untersuchung ergab, dass bei Sara neben der ADHS-Problematik eine Entwicklungsstörung des räumlichen Vorstellungs- und Umsetzungsvermögens vorlag (räumlich-konstruktive Störung). Diese neben beziehungsweise zusätzlich zur ADHS bestehende Problematik führte im Schul- und Familienalltag zu erheblichen Problemen. So eckte sie im Zwischenmenschlichen immer wieder an. Da Sara syndrombedingt schlecht schätzen und kein Grössengefühl für Hierarchien aufbauen konnte, vermochte sie auch keinen natürlichen Respekt vor Autoritäten zu entwickeln. Als Folge des schwachen räumlichen Vorstellungsvermögens hatte das Mädchen auch kein gutes Gefühl für Nähe und Distanz, für oben und unten, für vorher und nachher.

Raumverarbeitungsprobleme münden sehr häufig in eine Rechenschwäche oder führen gar zu einer Dyskalkulie. Ohne einigermassen intaktes räumliches Vorstellungsvermögen ist es nicht nur schwierig, zwischenmenschliche Kontakte zu regulieren und beispielsweise ein gesundes Zeitgefühl zu entwickeln, sondern vor allem auch, mathematische Operationen zu begreifen. Sara, ein intelligentes Mädchen, versuchte diese mathematische Vorstellungsschwäche durch Auswendiglernen zu umgehen – einer Strategie, mit der sie verständlicherweise bald an ihre Grenzen stiess. Ihr schwaches räumliches Vorstellungsvermögen beeinträchtigte auch die Entwicklung eines altersentsprechenden Zeitempfindens (gestern, heute, morgen oder „in einer Viertelstunde“ sind räumliche Dimensionen). Sara „sah“ diese Zeitblöcke nicht und es schien daher, als trödle und vergesse sie die Zeit. Eine Eigenschaft, welche typischerweise auch bei einer ADHS vorkommt, bei Sara aber eine andere Ursache hatte. Ergänzend zur medikamentösen Therapie und einer verhaltenstherapeutischen Elternberatung erfolgte neu eine spezialisierte Ergotherapie. Dem Mädchen geht es zwischenzeitlich (fast zwei Jahre nach Beginn der Ergotherapie) emotional, aber auch bezüglich der schulischen Leistungen deutlich besser.

Definition Komorbidität

Wer Menschen mit einer ADHS kennt, weiss es bestens: Eine ADHS kommt selten allein. Tatsächlich ist das Störungsbild auf das Engste verwoben mit anderen Faktoren, welche Ausprägung und Verlauf der Krankheit mitbestimmen. Dazu gehört in erster Linie die Art, wie in der Familie und der Schule dem betroffenen Kind begegnet wird. Daneben kann der Verlauf einer ADHS wesentlich durch psychische Begleiterkrankungen, sogenannte Komorbiditäten, geprägt sein.

Als eine Komorbidität wird in der Medizin und der Psychopathologie (Lehre der psychischen Erkrankungen) ein zusätzlich zu einer Grunderkrankung (in unserem Fall der ADHS) vorliegendes anerkanntes Krankheits- oder Störungsbild bezeichnet, welches im gleichen Zeitrahmen auftritt. Um als komorbide Störung zu gelten,

muss die Begleiterkrankung diagnostisch von der ADHS deutlich abgrenzbar sein. Es liegen dann Doppel- oder gar Mehrfachdiagnosen vor (zum Beispiel ADHS plus Depression oder ADHS plus Legasthenie). Bei komorbiden Störungen handelt es sich also um eigenständige psychische oder psychosomatische Erkrankungen, welche entweder als Folge der ADHS auftreten können, oder aber um Störungsbilder, die quasi neben einer ADHS bestehen und andere Ursachen haben.

Kombinationsdiagnosen sind bei der ADHS die Regel

Professor H.-C. Steinhausen geht davon aus, dass bei Vorliegen einer ADHS in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (bis zu 85 Prozent) eine weitere Störung vorliegt. Bei bis zu 60 Prozent aller betroffenen Kinder soll sogar mehr als eine Zusatzdiagnose vorliegen. Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang von multiplen Komorbiditäten. Die ADHS tritt also so häufig mit anderen Störungen gemeinsam auf, so dass eine Kombinationsdiagnose die Regel, eine isolierte ADHS den Sonderfall darstellt.

Das bedeutet, dass sowohl die Diagnostik als auch die Therapie meist sehr aufwendig sind beziehungsweise sein müssen, um dem betroffenen Kind und seinen Problemen gerecht werden zu können. Erforderlich ist in jedem Fall eine umfassende klinische und neuropsychologische Untersuchung. Nur mit einer ganzheitlichen Herangehensweise ist es möglich, den meist vielschichtigen Ursachen der Konzentrationsschwächen und der Impulsivität nachzugehen, allenfalls vorliegende komorbide Störungen zu erfassen und in ein Therapieprogramm zu integrieren.

Wie werden komorbide Erkrankungen erkannt?

Um Übersicht über die Fülle der Beschwerden, Symptome, Vorerkrankungen, Befunde und psychosozialen Rahmenbedingungen einer Patientin oder eines Patienten gewinnen zu können, benötigen ärztliche und psychologische Fachpersonen Diagnosen. Diese dienen einer möglichst genauen Zuordnung von Symptomen, diagnostischen

Zeichen und Befunden zu diagnostischen Kategorien beziehungsweise zu Krankheitsbegriffen. Die Methode der Diagnosefindung nennt man Diagnostik. Sie stellt für jede Ärztin und jeden Psychologen ein unverzichtbares Handwerkszeug dar und ist unentbehrlich für eine sorgfältige Planung und Überprüfung jeder Therapie. Wie bei anderen Fragestellungen auch zählen zur Diagnosefindung bei Verdacht auf eine ADHS unter anderem Untersuchungsgespräche, das erheben der Vor- und der Familienkrankengeschichte sowie verschiedene Testverfahren.

Differenzialdiagnostik

Werden bei der Untersuchung eines Kindes mit Verdacht auf eine ADHS Begleiterkrankungen erkannt, ist es wichtig zu überprüfen, ob es sich bei den Beschwerden wirklich um eine eigenständige Problematik im Sinne einer Komorbidität handelt. Viele Probleme wie zum Beispiel die eingangs beschriebene Raumverarbeitungsstörung, aber auch eine Angststörung oder eine Legasthenie können nämlich ihrerseits mit Konzentrationsschwächen und Unruhe einhergehen. Aufmerksamkeitsprobleme und impulsives Verhalten bedeuten also nicht automatisch, dass eine ADHS vorliegt. Im Rahmen der sogenannten Differenzialdiagnostik wird untersucht, ob die Probleme, welche spontan an eine ADHS denken lassen, auch tatsächlich eine solche zur Ursache haben. Fachleute prüfen dabei auch sehr sorgfältig, ob Begleitprobleme nicht vielleicht sogar das Hauptproblem darstellen. Es geht also um die Frage, ob es sich um eine eigenständige Störung handelt, welche neben der ADHS besteht (Komorbidität), oder um eine andere Kernproblematik, die sich lediglich mit ADHS-ähnlichen Symptomen präsentiert. Das alles tönt nicht nur kompliziert, es ist es manchmal auch. Begleitprobleme können denn auch nicht immer auf Anhieb diagnostisch eingestuft werden, so dass eine abschliessende Beurteilung manchmal den weiteren Beobachtungen im Behandlungsverlauf vorbehalten bleiben muss.

Dass sich Fachleute intensiv mit Komorbiditäten befassen, hat einen ganz praktischen Grund: Es geht um das möglichst voll-

ständige und ganzheitliche Erfassen der Beschwerden einer Patientin beziehungsweise eines Patienten. Würde eine Patientin bildhaft gesprochen nur von Läusen, nicht aber von Flöhen befreit, hielte das Jucken an und sie könnte nicht geheilt werden. Für das Wohlsein und die Genesung von Kindern mit einer ADHS ist es von entscheidender Bedeutung, allfällig vorliegende Begleitprobleme zu erkennen. Andernfalls ist es nicht möglich, einen wirksamen Therapieplan zu erstellen.

Zunächst aber ist eine fachgerechte Therapie der ADHS zentral. Nur so sind nämlich in den meisten Fällen die Voraussetzungen gegeben, dass ein Kind von der Therapie der Begleitstörungen profitieren kann. Therapie ist immer ein Lernprozess: Ohne mehr oder weniger intakte Aufmerksamkeits- und Selbststeuerungsfunktionen kann ein betroffenes Kind auch von der allerbesten Legasthenie-, Angst- oder Traumatherapie nicht wirklich profitieren. Wir sehen in der Praxis immer wieder Betroffene mit komorbiden Problemen, deren ADHS gar nicht oder nur ungenügend behandelt wird. Wiederholt haben wir feststellen können, dass eine wirksame ADHS-Therapie den komorbiden Störungen regelrecht den Wind aus den Segeln nahm. Die Begleitproblematik war zwar noch da, hatte aber nicht mehr so starke Auswirkungen im Schul- oder Familienalltag.

Als wissenschaftlich anerkannte Behandlungsform der ADHS zählt heute die medikamentöse Behandlung in Kombination mit einer Verhaltenstherapie und einer Elternberatung (eine sogenannt multimodale, also auf verschiedenen Ebenen ansetzende Behandlung, die gegebenenfalls auch schulische Fördermassnahmen oder andere therapeutische Interventionen beinhalten kann). Seit einiger Zeit gehört ausserdem auch die Neurofeedback-Therapie zu den wissenschaftlich überprüften Behandlungsformen bei der ADHS vom unaufmerksamen Typus.

Die wichtigsten komorbiden Begleiterkrankungen der ADHS bei Kindern

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit geben wir im Folgenden einen kurzen Überblick über die häufigsten komorbid zur ADHS vorliegenden Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Die Reihenfolge entspricht nicht den Resultaten von epidemiologischen Studien (deren Angaben grossen Schwankungen unterliegen), sondern widerspiegelt die Häufigkeit der Komorbiditäten, wie wir sie bei Kindern in unserer psychologischen Praxis erleben.

Lernstörungen

Definition: Mit Lernstörungen bezeichnen wir Minderleistungen beim absichtsvollen Lernen, die sich in mehreren schulischen Bereichen zeigen (im Gegensatz zu isolierten Störungen wie der Lese-Rechtschreibstörung oder der Dyskalkulie, siehe unten) und auf grundlegende Trainingsdefizite bezüglich schulischen Lernens und Umsetzung des Gelernten zurückzuführen sind.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit der ADHS: sehr häufig.
Differenzialdiagnostische Relevanz: Die Begleitsymptome und Auswirkungen einer Lernstörung können im Alltag durchaus mit einer ADHS vom unaufmerksamen Typus verwechselt werden.
Therapie: Lerntherapie bei einer anerkannten Lerntherapeutin beziehungsweise einem anerkannten Lerntherapeuten.
Bemerkung: Die Planung lerntherapeutischer Interventionen sollte in Rücksprache mit der Fachperson erfolgen, welche das Kind neuropsychologisch untersuchte. So kann eine massgeschneiderte Förderung erfolgen.
Prognose: gut.

(Ein-) Schlafstörungen

Definition: anhaltende Einschlafstörungen; unangenehmes Wachbleiben länger als 30 Minuten; Durchschlafstörungen; wiederholtes, subjektiv belastendes nächtliches Wachsein.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit der ADHS: Einschlafstörungen sind sehr häufig, Durchschlafstörungen seltener zu beobachten.
Differenzialdiagnostische Relevanz: Schlafstörungen können zu Tagesmüdigkeit und Konzentrationsproblemen führen. Bei ADHS vom unaufmerksamen Typus muss differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden können, dass es sich bei den Schlafstörungen um das Kern- und bei den Konzentrationsschwächen um das Folgeproblem handelt.
Therapie: verhaltenstherapeutische Massnahmen: visuelle und/oder akustische Stimulation beim Einschlafen (zum Beispiel ein leise plätschernder Zimmerbrunnen oder ein leicht leuchtendes Mobile), kein TV, keine Konsole- oder PC-Games 2-3 Stunden vor der Einschlafzeit. Bei sehr hartnäckigen Einschlafstörungen wird die behandelnde ärztliche Fachperson eine Therapie mit Melatonin oder allenfalls auch mit niedrig dosierten Stimulanzien prüfen (letzteres, um sich besser auf den Schlaf konzentrieren zu können).
Bemerkung: Einschlafstörungen kommen bei ADHS-Betroffenen sehr häufig vor. Unserer Meinung nach gehören sie zu den Kernsymptomen der ADHS. Einschlafstörungen können für das betroffene Kind quälend sein, trotzdem werden sie oftmals nicht behandelt. Ein erholsamer Schlaf ist wichtig für das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit. Gelegentlich weisen Einschlafstörungen darauf hin, dass die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien nicht optimal eingestellt ist (empfohlen wird eine Kontaktaufnahme mit der Ärztin beziehungsweise dem Arzt).
Prognose: gut.

Schädlicher Konsum von Bildschirmmedien

Definition: Konsum von TV/DVD, PC-Games oder Konsolespiele von mehr als 1.5 Stunden pro Tag und Vernachlässigung schulischer und familiärer Verpflichtungen.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: häufig.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Der Konsum von schnellen, aggressionsfördernden Autorenn- oder Ballerspielen sowie übermässiger TV/DVD-Konsum können erwiesenermassen ADHS-ähnliche Impulskontroll-, Konzentrations- und Lernstörungen verursachen.
Therapie: Reduktion des Konsums auf maximal 1/2 Stunde pro Tag (alle Bildschirmmedien zusammengefasst).
Bemerkung: Manfred Spitzer hat zu diesem Thema ein interessantes Buch verfasst mit dem Titel „Vorsicht Bildschirm".
Prognose: sehr gut. Wiederholt konnten wir beobachten, dass sich die Impulsivität durch eine Konsumreduktion vermindern liess und manche Kinder automatisch mehr lasen.

Motorische Entwicklungsstörungen
Definition: deutlicher Entwicklungsrückstand motorischer Entwicklungsetappen. Betroffen sein können die Grob- und/oder die Feinmotorik (Grafomotorik).
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: häufig.
Differenzialdiagnostische Relevanz: keine Verwechslungsgefahr mit der ADHS.
Therapie: Psychomotoriktherapie, Bewegung.
Bemerkung: statt TV und PC-Games spielen raus in den Wald gehen! Eltern, nehmt euch an der Nase: Sport und Bewegung sind billige und wirksame Mittel bei motorischen Entwicklungsrückständen, aber auch bei Konzentrations- und Lernproblemen. Bei hartnäckigen und therapieresistenten grafomotorischen Problemen sollte die Schönschrift nicht mehr benotet werden. Eventuell Verwendung eines Notebooks im Unterricht.
Prognose: unterschiedlich; Grafomotorikprobleme können sich als sehr hartnäckig und bisweilen therapieresistent erweisen.

Störung mit oppositionellem Trotzverhalten

Definition: Verhaltensstörungen mit aggressivem und trotzigem Verhalten, aber deutlich weniger ausgeprägt als bei der Störung des Sozialverhaltens (siehe unten).

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: kommt bei Knaben relativ oft vor.

Differenzialdiagnostische Relevanz: Es besteht ein gewisses Verwechslungsrisiko mit einer ADHS, weil es Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten auch ohne ADHS geben kann.

Therapie: verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Kind und den Eltern.

Bemerkung: Buchtipp: Manfred Döpfner „Wackelpeter und Trotzkopf".

Prognose: gut, vor allem, wenn sich auch die Väter in der Therapie engagieren.

Lese- und Rechtschreibstörung

Definition: ein im Vergleich zum Alter, zur Intelligenz und zur Schulstufe markantes Defizit der Entwicklung der Lese- und/ oder der Rechtschreibkompetenzen.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: hoch.

Differenzialdiagnostische Relevanz: keine Verwechslungsgefahr mit der ADHS.

Therapie: logopädische oder lerntherapeutische Behandlung der Ursachen (vor allem auditive oder visuelle Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen). Zwecks Therapieplanung der Legasthenie wird eine neuropsychologische Untersuchung empfohlen. In der Schule sollten individuelle Lernziele vereinbart und gegebenenfalls eine Notenbefreiung vorgenommen werden.

Bemerkung: Es muss gewährleistet werden, dass im Zeitraum, in welchem die Legastheniethерapie erfolgt, die Stimulanzien (noch) wirksam sind.

Prognose: bei schwerer Legasthenie oft nur Teilremission.

Enuresis, Enkopresis (Einkoten)

Definition: wiederholtes Entleeren von Urin oder Kot an ungeeigneten Stellen (beispielsweise im Bett oder in der Kleidung).

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: Enuresis öfters; Enkopresis gelegentlich.

Differenzialdiagnostische Relevanz: kein Verwechslungsrisiko mit einer ADHS.

Therapie: Gründliche ärztliche Untersuchung zum Ausschluss organischer Ursachen, eventuell ärztlich geleitete Therapie (Blasentraining). Ausserdem verhaltenstherapeutische Interventionen mit dem Kind und den Eltern. Die Enuresis verbessert sich oft unter der Therapie mit Stimulanzien. Wenn diese Verbesserung ausbleibt oder wenn der Leidensdruck gross ist, kann die Kinderärztin oder der Kinderarzt eine medikamentöse Enuresisbehandlung einleiten.

Bemerkung: Kinder mit einer ADHS nässen oder koten gelegentlich ein, weil sie in ihrer Überaktivität keine Zeit finden, die Toilette aufzusuchen.

Prognose: gut.

Dyskalkulie (Rechenstörung)

Definition: ein im Vergleich zum Alter, zur Intelligenz und zur Schulstufe markantes Defizit der Entwicklung der Rechenfertigkeiten.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: gelegentlich (wobei leichte Rechenschwächen häufig begleitend zur ADHS auftreten können).

Differenzialdiagnostische Relevanz: Die Begleitsymptome und Auswirkungen der Dyskalkulie und vor allem der ihr oft zugrunde liegenden Raumverarbeitungsstörung können im Alltag durchaus mit einer ADHS verwechselt werden.

Therapie: neuropsychologische oder ergotherapeutische Behandlung der Ursachen (meistens Raumverarbeitungsstörung).

Bemerkung: spezifische Therapiemöglichkeiten der Dyskalkulie werden in der Schweiz nur selten angeboten (positives Beispiel:

www.mathehaus.ch). Leider wird die Behandlung der Dyskalkulie – sofern sie überhaupt erkannt wird – oft den Legasthenie-Therapeutinnen überlassen, welche dafür nicht ausgebildet sind.
Prognose: Bei qualifizierter Therapie sprechen viele Kinder gut darauf an.

Ticstörung

Definition: kurze und unwillkürliche, regelmässig oder unregelmässig wiederkehrende motorische Bewegungen meist umschriebener Muskelgruppen (zum Beispiel Blinzeln, Schulterzucken, Grimassieren), oder Lautäusserungen (vokale Tics wie stereotypes Grunzen oder Schmatzen). Treten verschiedene motorische und vokale Tics zusammen auf, spricht man vom Tourette-Syndrom.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: gelegentlich.
Differenzialdiagnostische Relevanz: Auswirkungen von leichten Ticstörungen können durchaus mit einer ADHS verwechselt werden.
Therapie: Es existieren verhaltenstherapeutische Methoden zur Tic-Behandlung. Bei Nichtansprechen und sofern sichergestellt ist, dass es sich nicht um eine Nebenwirkung der Stimulanzien handelt, kann die Fachärztin oder der Facharzt eine spezifische medikamentöse Therapie in Erwägung ziehen.
Bemerkung: Bei den Ticstörungen ist zu erwähnen, dass zunehmend Hinweise vorliegen, wonach es sich bei den Tics, welche erst nach der Behandlung mit Stimulanzien auftreten, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen handeln kann.
Prognose: gut, vor allem bei einer medikamentösen Therapie.

Angststörungen

Definition: ausgeprägte Furcht vor einem Objekt oder einer Situation, teilweise auch unspezifische, generalisierte Ängste bis hin zu Panikzuständen. Wenn die gefürchtete Situation zur Angstvermeidung gedanklich oder konkret gemieden wird, spricht man von einer Phobie.

Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: gelegentlich.
Differenzialdiagnostische Relevanz: Angststörungen gehen immer mit Veränderungen im Aufmerksamkeitssystem einher, sind aber normalerweise deutlich von der ADHS abgrenzbar.
Therapie: kognitive Verhaltenstherapie (unkomplizierte, oft gut wirksame und bewährte therapeutische Intervention). In sehr schweren Fällen kann ergänzend zur Verhaltenstherapie ein Behandlungsversuch mit Medikamenten erwogen werden.
Bemerkung: Kinder mit einer ADHS sind als Folge von syndromspezifischen Reizüberflutungen oftmals ängstlich, ohne dass eine eigenständige Angststörung diagnostiziert werden muss.
Prognose: gut.

Depressionen
Definition: Depressionen zeichnen sich aus durch Energielosigkeit, Stimmungstiefs und einer Einschränkung oder einem Verlust von Gefühlen. Die Stimmung der Betroffenen lässt sich selbst durch Positives nicht aufhellen. Hinzu kommen Selbstvorwürfe, innere Unruhe, Appetit- und Schlafstörungen. Bei Kindern kann eine Depression auch von Aggressionen begleitet werden.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: bei Kindern eher selten.
Differenzialdiagnostische Relevanz: hoch. Nicht immer ist es einfach, ADHS-Stimmungsschwankungen von ernsten Depressionen abzugrenzen. Im Gegensatz zu ADHS-Betroffenen, welche durch positive Erlebnisse schnell aus einem Tief herausfinden, verlaufen Stimmungstiefs bei Depressionen meistens unabhängig von äusseren Ereignissen.
Therapie: Auch bei Kindern bewährt sich die kognitive Verhaltenstherapie. Medikamente werden nur in Ausnahmefällen verabreicht, allenfalls ist auch eine stationäre Behandlung auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung zu erwägen. Kombinationsbehandlungen mit

Stimulanzien und Antidepressiva sind bei Kindern bis jetzt kaum erforscht.
Bemerkung: Wir beobachten in der Praxis selten eigenständige Depressionen bei Kindern. Meistens handelt es sich um emotionale Instabilitäten, welche direkt mit der ADHS zusammenhängen. Bei Suizidäusserungen des Kindes immer eine ärztliche oder psychologische Fachperson konsultieren.
Prognose: gut bei ADHS-bedingten emotionalen Schwankungen. Eine Prognose bei ADHS mit komorbid vorliegenden und ausgeprägten depressiven Beschwerden kann nur im Einzelfall gestellt werden.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
Definition: akute oder chronische psychische Störung nach traumatisierenden Erlebnissen.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: kommt öfters vor.
Differenzialdiagnostische Relevanz: Wer die Symptome der PTBS nicht kennt, könnte diese durchaus mit ADHS-Symptomen verwechseln.
Therapie: Angezeigt ist eine Traumaspezifische Therapie (meistens EMDR). Diese Therapie erfolgt auch mit Kindern ausschliesslich durch speziell ausgebildete Psychotherapeutinnen.
Bemerkung: Viele Kinder mit einer ADHS erleben zahlreiche leicht traumatisierende Erlebnisse, welche durchaus die Qualität einer chronifizierten PTBS entwickeln können und dann zusätzlich zur ADHS psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Leider verfügen erst wenige Fachpsychologinnen und Fachpsychologen über Know-how bezüglich der Behandlung eines Traumas bei vorliegender ADHS.
Prognose: keine eigenen Erfahrungen; keine zuverlässigen Angaben zur Behandlung der PTBS bei Vorliegen einer ADHS in der Forschungsliteratur. Gemäss Angaben von Kolleginnen aber oft gutes Ansprechen auf die Therapie.

Bipolare Störung

Definition: abwechslungsweise depressive und manische Phasen, wobei bei Kindern nicht zwingend die typisch manische Symptomatik mit extremer Antriebssteigerung oder Grössenideen vorliegen muss. In einer manischen Episode wirken Kinder vor allem gereizt und haben häufiger destruktive Wutausbrüche oder Impulsdurchbrüche. Ausserdem können bei Kindern gleichzeitig sowohl manische wie depressive Symptome vorliegen.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: sehr klein.
Differenzialdiagnostische Relevanz: hoch. Nicht immer ist es indes einfach, ADHS-Stimmungsschwankungen von bipolaren Störungen abzugrenzen. Wenn in der Familie manisch-depressive Erkrankungen vorkommen, muss aufgrund der erhöhten Erblichkeit bei entsprechender Symptomatik eine bipolare Störung im Auge behalten werden.
Therapie: medikamentöse Therapie.
Bemerkung: in den USA werden immer mehr Kinder als „bipolar" diagnostiziert, während dem in Europa diese Diagnose noch selten gestellt wird. Wenn Kinder mit ADHS allen fachgerechten Therapien zum Trotz immer noch emotional sehr instabil sind, sollte an eine bipolare Störung gedacht werden.
Prognose: keine eigenen Erfahrungen.

Begleiterkrankungen der ADHS bei Jugendlichen

Zusätzlich zu den oben genannten Begleiterkrankungen können bei Jugendlichen mit einer ADHS unter anderem folgende Komorbiditäten vorliegen:

Störung des Sozialverhaltens

Definition: Verhaltensstörung mit sich wiederholendem und andauerndem Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens

mit Missachtung altersgemässer Normen, Regeln und/oder Rechte anderer.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: kommt oft vor. Meistens bestehen zusätzlich erschwerende psychosoziale Begleitprobleme.
Differenzialdiagnostische Relevanz: geringes Verwechslungsrisiko mit einer ADHS.
Therapie: in der Regel sind stationäre Massnahmen mit milieu- und verhaltenstherapeutischen Behandlungen nötig (Platzierung in sozialtherapeutischen Einrichtungen).
Bemerkung: Vor allem unter straffälligen Jugendlichen, welche bereits mit der Jugendanwaltschaft zu tun hatten, ist diese Komorbidität auffallend häufig vertreten. Dabei wird die ADHS oftmals übersehen. Häufig kombiniert mit Suchterkrankungen.
Prognose: oftmals Rückschläge und langwieriger Verlauf (vor allem, wenn die ADHS nicht erkannt und nicht behandelt wird).

Suchtstörungen
Definition: schädlicher Konsum oder Abhängigkeit von substanz- und nicht substanzgebundenen Süchten (wie zum Beispiel Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain, Internet und andere Bildschirmmedien).
Differenzialdiagnostische Relevanz: Symptome der Suchtstörungen können nicht mit einer ADHS verwechselt werden.
Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens mit einer ADHS: Bei Jugendlichen, deren ADHS nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wurde, besteht häufig eine Suchtstörung.
Therapie: Entzugsbehandlung, bei Bedarf auch bei Jugendlichen stationär (gilt auch bei Cannabisabhängigkeit). Tabakabhängigkeit: bei Nichtansprechen auf Verhaltenstherapie Hausärztin/Hausarzt konsultieren.
Bemerkung: unter Therapie mit Stimulanzien muss auf den Konsum von Cannabis und Alkohol verzichtet werden.
Prognose: unterschiedlich. Bei erfolgreicher ADHS-Therapie ist die Prognose gut.

Andere Komorbiditäten

Bei nicht rechtzeitig behandelten weiblichen Jugendlichen mit einer ADHS kommt es gehäuft zu Essstörungen, teilweise auch zu Selbstverletzungen und Verhaltensproblemen, welche einer Borderline-Störung ähnlich sein können. Ob begleitend zur ADHS auch Störungen aus dem autistischen Formenkreis vorliegen können oder ob sich diese beiden Störungsbilder gegenseitig ausschliessen, konnte bisher nicht abschliessend geklärt werden. Schliesslich kann auch das Fragiles-X-Syndrom (oder Prämutationen) zu einem Störungsbild führen, welches einer ADHS zum Verwechseln ähnlich sein kann. Interessanterweise profitieren zahlreiche dieser Kinder gut von einer Therapie mit Stimulanzien.

Zusammenfassung

Therapierelevante Begleitstörungen sind bei der ADHS nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Aus unserer Erfahrung setzt deren erfolgreiche Behandlung oftmals voraus, dass die therapeutischen Möglichkeiten der ADHS konsequent ausgeschöpft worden sind.

Um eine ganzheitliche Behandlung sicherzustellen, müssen bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS im Rahmen der Diagnostik immer auch allfällige Komorbiditäten erfasst werden. Damit wird verständlich, weshalb Abklärungen bei ADHS-Verdacht aufwändig sind und nur von psychologischen oder ärztlichen Fachpersonen durchgeführt werden können, welche über genügend Know-how in der Kinderpsychopathologie und der Entwicklungsneuropsychologie verfügen.

Süchtig nach Stimulation – Zur Suchtgefahr von Kindern mit einer ADHS

Von Piero Rossi. Vortrag gehalten im Januar 2003 anlässlich der ELPOS-Jahresversammlung in Zürich.

Einleitung

„Sind Kinder mit einer ADHS verstärkt suchtgefährdet?“ – so lautet der Titel der heutigen Tagung. „Ja klar!“, werden die Meisten von Ihnen spontan gedacht haben, als sie im Tagungsprospekt diese Überschrift lasen. Als ich begann, mir Gedanken darüber zu machen, was ich Ihnen heute vortragen soll, wurde mir bald klar, dass hinter dieser Tagungsüberschrift viel mehr steckt, als nur sachliche Fragen nach möglichen Suchtrisiken, denen Kinder mit einer ADHS in unserer Gesellschaft ausgesetzt sind oder Fragen etwa nach Möglichkeiten für eine möglichst wirksame Sucht-Prävention. Nein, dieser fragende und fast sorgenvoll anmutende Tagungstitel steckt voller Emotionen: Er birgt in sich zehrende Gefühle und bohrende innere Fragen unzähliger Mütter und Väter, die sich ob der aktuellen oder zukünftigen Entwicklung ihrer Kinder mit einer ADHS sorgen und ängstigen.

Auch wenn es von den Eltern im Alltag nicht immer offen ausgesprochen wird, weiss ich doch durch meine Arbeit mit ADHS-Familien, dass vor allem Mütter von Kindern mit einer ADHS immer wieder von oft erschreckenden Vorstellungen und Fantasien heimgesucht werden. Ihr schwieriges, unvorsichtiges, vorschnelles und so leicht beeinflussbares Kind könnte dereinst in schlechte Gesellschaft geraten, mit Drogen in Kontakt kommen, an einer Sucht erkranken, durch die Beschaffungskriminalität in die Illegalität abrutschen und später vielleicht sogar verwahrlosen. Oder aber ihre schon in die Oberstufe übergetretenen ADHS-Kids befinden sich schon in schlechter Gesellschaft, rauchen und kiffen bereits und machen sowieso schon was sie wollen, was die Ängste und Ohnmachtsgefühle der Mütter dann noch weiter in die Höhe treibt.

Irgendeinmal realisierte ich, dass hinter diesen aufwühlenden und gleichzeitig lähmenden Gefühlen oftmals tiefsitzende Ängste verborgen sind, das eigene Kind zu verlieren. Wenn Eltern von Kindern mit einer ADHS schliesslich noch durch die Medien erfahren, dass Stimulanzien (also Medikamente zur Behandlung der ADHS) süchtig machen sollen, wenn sie am Fernseher einen Bericht über angeblich „Amok laufende Ritalin-Kinder“ sehen oder wenn sie – wie kürzlich der Fall – in renommierten Tageszeitungen lesen konnten, dass mit der Einnahme von Stimulanzien das Risiko steige, später an Parkinson zu erkranken, ja dann können Zweifel, Sorgen und Ängste, Hilf- und Orientierungslosigkeit in eine lähmenden Ohnmacht und Passivität führen. Die Angst um das Kind vermischt sich dann auf eine unheilvolle Art mit einer tiefen Verunsicherung über die ADHS-Therapien.

Diese Irritationen und Zweifel können dann einen ihrer Höhepunkte erreichen, wenn Mütter – wie vor einiger Zeit geschehen – im „Zischtigsclub“ des Schweizer Fernsehens von einem Zürcher Psychiater erfahren, dass die ADHS als Krankheit gar nicht existiere. Nein, so führte der Psychiater aus, es handle sich bei der ADHS um ein unbewiesenes gesellschaftliches Konstrukt. Und wenn in diesen Moment dann noch das Telefon klingelt und die entnervte Lehrerin der besagten Mutter gereizt und in einem sie anschuldigenden Ton klarzumachen versucht, dass Luca in der Pause schon wieder gekifft habe, sein störendes Verhalten auch während des Unterrichts nun wirklich nicht mehr tragbar sei, er einfach ständig sich selbst und andere ablenke, und dass sie ja schon immer gesagt habe, dass das Ritalin mehr schade als nütze und es jetzt kurzfristig zu einer erneuten Sitzung mit der Schulpflege kommen werde...

Was meinen Sie, was passiert dann einmal mehr mit der Seele der Mutter dieses ADHS-Buben? Wie Blitze schiessen Ängste, Verzweiflung, Scham und Ohnmachtsgefühle durch Lucas Mutter. Diese zweifelt dann – wie viele andere mir aus meiner Arbeit bekannten Mütter – nicht nur an der Therapie oder an der Zukunft ihres

Sohnes. Nein, vor allem zweifelt sie an sich selbst, an ihren Fähigkeiten als Mutter.

Ich kenne aus meiner Praxis drei Mütter von vormals schwer verhaltensgestörten ADHS-Buben, bei denen trotz erfolgreicher Therapie noch mehrere Jahre lang jedes Klingeln des Telefons eine Panikattacke mit blitzartig einschiessenden Ängsten, Herzrasen und plötzlichem Schwitzen auszulösen vermochte. Erst mit einer Verhaltenstherapie konnte diesen Frauen geholfen werden, ihre traumatisierenden Erlebnisse zu überwinden.

Rolle der Erziehung

Sie teilen sicher meine Ansicht, dass gerade das Erziehungsmanagement von schwierigen Kindern – und dazu gehören auch unsere Kinder mit einer ADHS – von den Eltern besonders viel Verantwortung und erzieherische, ja manchmal sogar therapeutische Kompetenzen abverlangen. Für jede der eingeleiteten Therapien müssen Sie als Eltern schliesslich eine Mitverantwortung übernehmen. Übermässige Ängste, Sorgen, Hilflosigkeit sowie Scham-, Versagens- und Ohnmachtsgefühle sind dabei aber denkbar schlechte Begleiter: Sie schwächen, lähmen oder verhindern wirkungsvolles erzieherisches Handeln. Diese emotionalen Belastungen schwächen die Fähigkeiten der Eltern, mehr oder weniger sachlich begründet über die von den Fachleuten vorgeschlagenen Therapien für ihr Kind nachzudenken, zu reagieren und darüber zu entscheiden.

Wissensbasis

Der wohl wesentlichste Beitrag, den Eltern von Kindern mit einer ADHS leisten können, um Sucht-, Unfall- und andere Risiken zu reduzieren, besteht wahrscheinlich darin, dass sie sich eine Wissensbasis und damit Entscheidungsgrundlagen erarbeiten, um die ihnen obliegende Verantwortung für erzieherische und therapeutische Entscheidungen übernehmen zu können. Wissen ist eines der besten Heilmittel gegen Zweifel, Unsicherheiten und Hilflosigkeit. Hinter-

fragen Sie kritisch alle Ihnen zugetragenen Informationen Behandlungsempfehlungen – meine Ausführungen eingeschlossen.

Facts

Die ADHS gehört nachweislich zu den folgenschweren Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters: Klinische Verlaufsstudien, die seit den 70er Jahren durchgeführt werden, zeigen, dass in der Gruppe der Kinder mit einer ADHS ein erhöhtes Risiko vorlag,

- an einer antisozialen Verhaltensstörung zu leiden
- vorzeitig die Schule abzubrechen
- mindestens einmal die Klasse zu wiederholen
- an Ängsten und/oder Depressionen zu leiden
- wenige oder keine Freunde zu haben
- bis zum Alter von 19 an einer Schwangerschaft beteiligt zu sein
- auch als Erwachsene an einer ADHS zu leiden
- als Erwachsene an Depressionen zu leiden
- als Mädchen eine Bulimie zu entwickeln (wissenschaftlich noch nicht gesichert)

Zudem besteht im Vergleich zu den Gesunden:

- ein höheres Risiko, zusätzlich zur ADHS an Lernstörungen zu leiden
- ein rund neunfach höheres relatives Risiko in Verkehrsunfälle verwickelt zu werden

Ein erhöhtes Risiko, eine Suchtstörung zu entwickeln, haben gemäss empirischen Untersuchungen nur diejenigen ADHS-Betroffenen, welche zusätzlich an einer Störung des Sozialverhaltens leiden.

Die obige Aufstellung zeigt, dass in der Öffentlichkeit das Suchtrisiko wahrscheinlich über-, dass Unfallrisiko hingegen drastisch unterschätzt wird. Eine im August 2001 veröffentlichte Unter-

suchung über den Zusammenhang von ADHS und Verkehrsunfällen kommt zum Schluss, dass in Deutschland über 60 Prozent aller Verkehrsunfälle von Kindern im Zusammenhang mit einer ADHS stehen. Angesichts dieser möglichen Folgen einer unbehandelten ADHS ist es schlichtweg unlogisch, unvernünftig und unmenschlich, die Zeit mit Therapien wie zum Beispiel einer Zuckerdiät zu vertun, deren Wirksamkeit bei ADHS längst widerlegt wurde.

Nachfragen!

Verunsicherten Eltern von Kindern mit einer ADHS kann ich nur raten, sich immer wieder ins Bewusstsein zu rufen, dass es sich bei der Medizin, bei der Psychiatrie und der Psychologie um Wissenschaften und nicht um Religionen handelt: Ob sich Kinesiologie, Verhaltenstherapie, Neurofeedback, Diäten, Afa-Algen, Ginkgo-Extrakte, Atlastherapie, Homöopathie, Stimulanzien, Tomatis-Therapie oder etwa Entspannungstechniken bei der Behandlung der ADHS bewährt haben, ist keine Frage des Glaubens, sondern beruht auf den Resultaten der Therapieforschung. Da Eltern auch die Verantwortung tragen müssen, wenn sie eine ärztliche Therapieempfehlung ablehnen, sollten sie alle ihnen vorgeschlagenen Therapiemassnahmen kritisch prüfen. Auch ohne je eine Universität besucht zu haben, kann jede Mutter und jeder Vater eine wissenschaftliche Grundhaltung einnehmen.

Stehen Sie zu Ihren Unsicherheiten und Wissenslücken

Beschaffen Sie sich Facts (zum Beispiel die auf wissenschaftlichen Evidenzen beruhenden ADHS-Ratgeberbücher von Cordula Neuhaus, über die Internetseite www.ADHS.ch oder aus den medizinischen Datenbanken wie etwa www.PubMed.com). Bewerten Sie Informationen über Ursachen und Therapie der ADHS kritisch: Statt im Schema „Ich glaube das!“ versus „Nein, das glaube ich nicht!“ zu verharren, sollten Sie nachfragen, woher das Wissen stammt.

Holen Sie gegebenenfalls eine Zweitmeinung ein

Es liegt in der Verantwortung der Eltern zu prüfen, ob es zutrifft, wenn Fachleute vertreten, dass bei gesicherter ADHS-Diagnose eine medikamentöse Behandlung in Kombination mit einer Verhaltenstherapie einen zentralen Stellenwert innehat. Es liegt aber auch in der Verantwortung der Eltern zu prüfen, ob es zutrifft, wenn selbsternannte ADHS-Fachleute in die Welt hinausposaunen, dass Afa-Algen, hoch dosierte Vitamin-A-Therapien oder eine zuckerfreie Diät wirksame Mittel gegen die ADHS darstellen würden. Fragen Sie diese Autoren oder diese Heiler genauso, wie Sie Ihren Arzt oder Ihre Psychologin fragen würden, worauf sich ihre Therapieempfehlung abstützt und woher sie ihr Wissen haben.

Fragen Sie sie auch, ob bei ihren Mittelchen wie bei den anerkannten Medikamenten mit wissenschaftlichen Methoden sichergestellt wurde, dass diese Therapien dem Kind auch keinen Schaden zufügen können. Was ist denn eine möglicherweise auf Symptomebene nutzbringende Therapie mit Algenprodukten wert, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese blau-grünen Algen gleichzeitig hochtoxische Substanzen wie Microcystine entwickeln, von denen im Tierversuch wenige Millionstel Gramm pro Kilogramm Körpergewicht genügen, um daran zu sterben? Die Gesundheitsbehörden verschiedener Staaten warnen denn auch unmissverständlich vor der Einnahme dieser aus Afa-Algen bestehenden Nahrungsmittelergänzungen.

Macht Ritalin süchtig?

Gemäss dem aktuellen Forschungsstand zum Thema ADHS und Sucht (Wissensstand 2003) gilt zurzeit Folgendes:

ADHS-Jugendliche mit einer zusätzlichen sozialen Verhaltensstörung (also mit schweren Regelverstössen, Diebstahl, Brandstiftung oder Körperverletzung) haben ein zwei- bis fünfmal höheres Risiko, an einer Suchtstörung zu erkranken. Das Vorliegen einer ADHS alleine stellt keinen speziellen Sucht-Risikofaktor dar. Kinder mit einer ADHS konsumieren häufiger und früher als Kinder ohne

ADHS Nikotin, Alkohol oder illegale Drogen. Daraus entwickelt sich aber nicht zwingend häufiger eine Suchterkrankung als beim Normalkollektiv. Eine Behandlung mit Stimulanzien erhöht das Suchtrisiko von Kindern mit einer ADHS nicht, sondern reduziert es auf das gleich hohe Mass von Jugendlichen ohne ADHS.

Damit liefern wissenschaftliche Studien Belege dafür, was praktisch tätige Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte aus ihrer Erfahrung schon lange wussten, dass nämlich unter Jugendlichen mit Suchtverhalten (speziell in Kombination mit aggressivem und delinquentem Verhalten) der Anteil der ADHS-Betroffenen auffallend hoch ist. Aber Achtung! Das nämlich gilt – so zumindest gemäss dem gegenwärtigen Forschungsstand – vorwiegend für unbehandelte Kinder mit einer ADHS. Der ADHS-Forscher Josef Biederman aus Boston, hat in einer 1999 veröffentlichen Studie zeigen können, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche ein um 85 Prozent geringeres Risiko für einen späteren Drogenmissbrauch aufweisen, als solche, die nicht behandelt wurden. Auch der deutsche Arzt M. Huss kam in retrospektiven Untersuchungen an 215 ADHS-Patienten zu vergleichbaren Schlussfolgerungen.

Die wohl aktuellsten Studien zur Frage, ob eine Behandlung mit Ritalin mit einem späteren Suchtrisiko einhergehen, wurden in der Januarausgabe 2003 der Fachzeitschrift Pediatrics von T. E. Wilens publiziert: Es handelt sich dabei um eine zusammenfassende Auswertung von zehn Verlaufsstudien. Insgesamt beobachteten diese Studien die Entwicklung von 674 mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche und 360 ADHS-Jugendliche, welche nicht mit Stimulanzien behandelt wurden. Die Metaanalyse ergab, dass die medikamentös behandelten Kinder mit einer ADHS gegenüber den Kindern mit einer ADHS ohne medikamentöse Therapie ein 1,9-fach kleineres Risiko aufwiesen, im späteren Verlauf an einer Drogen- oder Alkoholsucht zu erkranken.

In der gleichen Ausgabe dieser international renommierten Fachzeitschrift findet sich auch eine Studie des ADHS-Forschers

Russel Barkley, welcher 147 Kinder mit einer ADHS, die mit Stimulanzien behandelt wurden 13 Jahre lang (und somit ins Erwachsenenalter hinein) begleitete und ihre Entwicklung daraufhin überprüfte, ob gehäuft Suchtstörungen auftraten. Russel Barkley fand keinerlei Hinweise darauf, dass diese Kinder später vermehrt suchtkrank wurden.

Auch die Frage, ob Ritalin später süchtig macht oder nicht, ist also eine Frage des Wissens und nicht des Glaubens. Wer heute wie Glaubensgemeinschaften und Psycho-Sekten mit dem Suchtargument operiert, handelt fahrlässig und zynisch: Durch die gezielte Vermischung von Ängsten der Eltern mit den Panikberichten über angebliche Todesfolgen oder Behauptungen über andere grosse Risiken einer Therapie mit Stimulanzien wird bewusst in Kauf genommen, dass leidgeprüften Kindern und ihren Familien ein Behandlungsversuch mit einer seit Jahrzehnten bekannten und wissenschaftlich abgestützten medikamentösen Unterstützung vorenthalten wird.

Auch Praxiserfahrungen zeigen immer wieder, dass Kinder mit einer ADHS, bei welchen gemäss dem heutigen Wissensstand in den meisten Fällen eine medikamentöse Basistherapie durchgeführt wird (mit darauf aufbauenden Zusatztherapien wie Psycho-, Psychomotorik-, Ergo- oder Lerntherapien), es leichter haben, den Anforderungen der Schule zu entsprechen und die Herausforderungen der Pubertät zu überstehen. Gemäss heutigem Wissensstand gilt bei gesichertem Vorliegen einer ADHS eine medikamentöse Behandlung als Basistherapie. Das bestätigt unter anderem auch die in Europa bekannt gewordene MTA-Studie: In den USA und in Kanada werden seit 1995 an 579 Kindern verschiedene Behandlungsansätze überprüft. Es erwies sich, dass ein Grossteil der Kinder mit einer ADHS von Stimulanzien gut profitieren konnte. Zusammenfassend kann man sagen, dass rechtzeitig eingeleitete und wirksame medikamentöse Therapien gegen die ADHS die wahrscheinlich wirkungsvollste Massnahme gegen sekundäre Fehlentwicklungen wie Suchterkrankungen darstellen.

Warum überhaupt Medikamente in der Behandlung der ADHS?
Warum hat vor allem die medikamentöse Therapie einen so grossen Stellenwert bei der Behandlung und Suchtprävention von Kindern mit einer ADHS? Ist das denn nicht ein Widerspruch in sich? Nun, um diese Frage beantworten zu können, muss man sich in einem ersten Schritt die „Anatomie" der ADHS vor Augen führen:

Gemäss dem aktuellen Stand der Erforschung dieses Syndroms besteht das Kernmerkmal der ADHS in einer neurochemisch bedingten Schwäche der Hemmfunktionen unseres Gehirns. Forscher gehen heute davon aus, dass bei der ADHS bestimmte Nervenzellen untereinander nicht genügend aktiv kommunizieren. Dieser Mangel an neuronaler Aktivität betrifft genau diejenigen Hirnfunktionen, welche im Normalfall flexibel die von aussen auf uns eintreffenden Reize filtern, dann sortieren und schliesslich für eine angemessene emotionale und verhaltensbezogene Reaktion auf diese Reize sorgen.

Eine Schwäche dieser Hemmfunktionen führt zu den bekannten Verhaltensproblemen bezüglich Selbststeuerung sowie Impuls- und Aufmerksamkeitskontrolle mit allen bekannten negativen Auswirkungen im Lern- und Sozialverhalten. Eltern von Kindern mit einer ADHS kennen es bestens: Die Kinder können nicht warten, bis sie an der Reihe sind, sie platzen in Gespräche, geben Antworten, bevor die Frage zu Ende gestellt ist, sind schnell auf 220 und zeigen einen impulsiv-flüchtigen Arbeitsstil. Der bekannte amerikanische ADHS-Forscher Russel Barkley definiert die ADHS nicht umsonst als Entwicklungsstörung der Selbstbeherrschung.

Die ADHS-typische zerebrale Hemmschwäche reduziert aber nicht nur die Impulskontrolle, sondern auch die Reizverarbeitung: Bei ADHS-Menschen funktioniert die Reizempfänglichkeit viel zu gut. Ja, ihrer zerebralen Filterschwäche wegen nehmen sie vor allem beiläufig zu viel auf währenddem sie bei der fokussierten Aufmerksamkeit grosse Mühe bekunden. Das erklärt, warum im All-

tag schon kleine Geräusche eine Orientierungsreaktion auslösen können.

Nehmen wir als Beispiel Jürg beim Hausaufgaben lösen: Kaum hat er sich hingesetzt, schwenkt seine Aufmerksamkeit fast reflexartig von der vor ihm liegenden Liste der zu lernenden Französisch-Vokabeln auf den Rasenmäher des Nachbarn. Von diesem wandert Jürgs Aufmerksamkeit zu dessen bellendem Hund, dann wieder zurück in Richtung des eigenen Handgelenks, schliesslich auf die Uhrzeiger. Von da gehen die Signale via Augen in den Kopf, hin zu dem Gedanken, dass es jetzt wohl Zeit für die Simpsons ist. Schnell richtet sich die Aufmerksamkeit dann auf die Bauchgegend, gleichzeitig auf das sich vor seinem inneren Auge aufbauende Bild des Kühlschranks. Und schon stürzt sich Sven die Treppe hinunter und stürmt Richtung Kühlschrank und dann vor den TV.

Die Reizoffenheit bei ADHS-Betroffenen erklärt nicht nur deren Ablenkbarkeit, sondern auch, wieso sie gelegentlich dermassen sensibel sein können, dass sie sich zurückziehen oder dass sie, wenn man etwas von ihnen will, sie als erstes Nein! rufen, um in der Reizflut nicht unterzugehen. Die ADHS-typische Reizoffenheit erklärt auch, wieso diese Kids durch Stimmungen, welche andere verbreiten oder durch eigene Gefühle so leicht beeinflussbar sind. Sie regen sich auf, lassen sich irritieren und werden in Gedanken gefangen genommen und lassen sich schliesslich selbst von Kleinigkeiten oder Details ablenken, welche von anderen manchmal kaum wahrgenommen werden.

Superempfindlichkeit

Bei der ADHS führen die zu grosse Reizoffenheit und die Hemmschwäche gegenüber inneren Empfindungen zu einer generell übersteigerten Empfindlichkeit. Das zeigt sich nicht nur beim Essen oder bei der Wahl, wer zu einem passt und wer nicht. Oft reichen eine Grimasse der Schwester oder die Geräusche des Besteckes beim Essen, um sich gestört zu fühlen und einen Streit vom Zaun zu brechen.

Kinder mit einer ADHS sind wegen eben dieser zerebralen Filterschwäche viel leichter provozierbar als andere Kinder. Und weil die Impulskontrolle ADHS-bedingt nicht richtig funktioniert, können sie sich auch viel schneller und verbissener in einen Streit hineinsteigern.

Bei der ADHS sind diejenigen Hirnregionen, welche die innere Bremse, das verhaltensbezogene und emotionale Reagieren auf Reize sowie den Reizfilterschutz regulieren, zu wenig aktiv. Aber – und das ist zentral – nicht immer und nicht durchgehend: Begeben sich nämlich ADHS-Betroffene in für sie neue, frische, interessante oder anregende Situationen, dann vermögen sie sich oft erstaunlich gut zu konzentrieren, zusammenzureissen und Geduld zu zeigen. Die Brems- und Filtersysteme im Gehirn von ADHS-Betroffenen funktionieren unglücklicherweise nur dann gut, wenn diese Hirnregionen zusätzlich von aussen oder von innen angeregt und stimuliert werden. Dann erst normalisiert sich der Hirnstoffwechsel für kurze Zeit und dann erst vermögen sich ADHS-Betroffene einigermassen gut zu konzentrieren, sind nicht von jeder Kleinigkeit irritiert und abgelenkt und können auch eine weniger interessante Sache durchziehen. Durch ein sie interessierendes Thema oder während einer subjektiv spannenden Tätigkeit werden sie neuronal stimuliert und vermögen oftmals erstaunlich viel Aufmerksamkeit und Durchhaltewillen aufzubringen. Bei sich wiederholenden, monotonen und damit stimulationsarmen Tätigkeiten hingegen klinken sie aus, schalten ab und suchen nicht selten buchstäblich das Weite.

Lernen gehört bekanntlich zu den sich wiederholenden Handlungen. Wir kennen das zur Genüge: Kinder mit einer ADHS lernen etwas entweder sofort, wenn es also neu und frisch ist, oder gar nicht oder nur mit unendlichem Krampf und Kampf. Andererseits stellen Eltern immer wieder mit Erstaunen und Unverständnis fest, dass ihre Kinder stundenlang und mit grösster Konzentration mit PC-Games oder mit dem Gameboy verbringen können. „Wieso?“ fragen mich immer wieder Eltern, „Wieso schaffen sie das denn nicht auch beim Erledigen der Hausaufgaben oder bei Vorbe-

reitungen auf eine Prüfung?“ Und: „Heisst das nicht doch, dass sie in Wirklichkeit einfach nicht wollen und zu faul sind?“ Nein. Bei stimulationsarmen Tätigkeiten und in der Alltagsroutine können ADHS-Betroffene weder bei der Sache bleiben noch vermögen sie sich nicht altersentsprechend zu beherrschen.

Kann es nicht oder will es nicht?

Wie oft höre ich von Kindern, dass sie sich schon Mühe geben, dass es aber einfach nicht geht. Die Mutter der dreizehnjährigen und sehr impulsiven Corinne mit einer ADHS überreichte mir vor etwa einem halben Jahr anlässlich der Erstkonsultation ein dickes, gelbes Aktencouvert. Es enthielt Dutzende von Entschuldigungsbriefchen. Immer und immer wieder entschuldigt sich Corinne darin für ihr Ausrasten, ihre Faulheit und ihre Vergesslichkeit und verspricht in diesen mit Mustern und Tränentropfen verzehrten Briefchen, dass sie sich mehr Mühe geben wolle, die Aufgaben vollständig zu erledigen, dass sie sich zusammenreisse, nichts mehr zu verlieren und zu vergessen, dass sie in der Schule nicht mehr so frech zu den Lehrern sein werde und auch daheim sich mehr Mühe geben wolle. Immer wieder heisst es darin auch, dass ihr ja sowieso niemand glaube, dass sie das alles nicht absichtlich mache. Will Corinne nun nicht oder kann sie nicht?

Absinken des Dopaminspiegels

ADHS-Forscher/-innen konnten nachweisen, dass bei ADHS-Betroffenen aus wahrscheinlich genetischen Gründen der Nervenbotenstoff Dopamin zu schnell abgebaut wird. Ein Absinken des Dopaminspiegels führt bei Menschen unter anderem zu Ruhelosigkeit, zu Schwierigkeiten bei der Daueraufmerksamkeit und der Aufmerksamkeitsfokussierung.

Beim Spielen mit der X-Box, am Gameboy oder mit Handy-Spielen erhalten die Kinder vom Computer sofort Rückmeldung darüber, ob ihr Spielverhalten richtig oder falsch war. Diese schnellen Feedbacks verhelfen den Kindern mit einer ADHS damit quasi zu einer Art Therapie gegen den ADHS-typischen tiefen Dopaminspie-

gel. Durch die mit diesen schnellen Rückmeldungen verbundene Stimulation schaffen sie es schliesslich, an diesen Tätigkeiten so lange dranbleiben zu können. Dies oftmals so eindrücklich intensiv, hoch konzentriert und verbissen, dass Eltern gelegentlich nicht umhin kommen, sich zu fragen, ob denn das nicht selbst schon ein Suchtverhalten darstellt.

Also: Wenn die Rückmeldungen sofort kommen, klappt es; sich aber portionenweise auf eine zeitlich entfernte Prüfung vorzubereiten, ist diesen Kindern oft unmöglich.

ADHS-Betroffene fürchten vor allem monotone und reizarme Routinesituationen. In dieser Leere werden diese Menschen schnell unruhig und gereizt. Sie können sich nicht mehr konzentrieren, Impulse brechen durch, innere Bedürfnisse melden sich ungebremst („Jetzt muss ich etwas essen!“) und die Gedanken beginnen zu wandern. Sie verreisen in Gedanken, träumen vor sich hin, sehen zum Fenster hinaus oder versuchen, sich durch innere Bilder, Fantasien oder Selbstgespräche stimulierende Anregungen zu verschaffen. Oder sie beginnen die Schwester zu sticheln, die Mutter zu reizen oder den Lehrer zu provozieren. ADHS-Betroffene versuchen somit wo immer nur möglich den durch den Stimulationsmangel erzeugten quälenden inneren Zustand zu umgehen. Oder sie durchbrechen dieses subjektiv unerträgliche Vakuum durch Selbst- oder Fremdstimulation. Dazu zählen nicht nur das Gamen am PC, sondern wie gesagt auch:

- mental stimulierendes Gedankenabschweifen
- Action machen im Schulunterricht
- mit den Geschwistern streiten
- beim Lernen daheim vom Schreibtisch aufzustehen und in die Küche gehen, um Schokolade zu holen oder einen Liter Coca Cola hinunterzuschütten

Diese selbststimulierenden Handlungen bewirken einen kurzzeitigen Anstieg des Dopaminspiegels in den Belohnungszentren des Ge-

hirns. Dies führt dann für einen Moment lang zu einem guten Gefühl und zu einer kurzzeitigen Normalisierung der Selbstregulation.

Eines der Gene, welches wahrscheinlich an der Vererbung der ADHS beteiligt ist, steht denn auch im Zusammenhang mit einer Persönlichkeitseigenschaft, die als „novelty seeking“, als triebhafte Suche nach Neuem, bezeichnet wird. ADHS-Menschen sind innerlich oder äusserlich (oder beides) immer auf der Suche nach dem Kick, nach Stimulation und nach Abwechslung. Wenn man das Problemverhalten von ADHS-Menschen verstehen will, muss man sich immer bewusst sein, dass ihr innerer Kompass sie immer in Richtung kurzzeitigem Stimulationsgewinn lenkt – und damit ablenkt. Das ist so wichtig, dass ich diesen Satz wiederhole:

- Wenn man das Problemverhalten von ADHS-Menschen verstehen will, muss man sich immer bewusst sein, dass ihr innerer Kompass sie immer in Richtung kurzzeitigem Stimulationsgewinn (ab-) lenkt.

ADHS-Betroffene hungern buchstäblich nach Stimulation. Ursache ist der elementare Mangel an neuronaler Aktivität in Hirnregionen, welche für die Regulation der Selbststeuerung und der Aufmerksamkeitsfunktionen verantwortlich sind. Ständig suchen sie nach Abwechslung, nach Neuem und Frischem. Ihr Hunger nach Stimulation lässt sie ablenkbar werden durch die sie unmittelbar umgebenden stimulierenden Spassmacher oder Spassmachergedanken.

Leider verpuffen die Reize des Neuen allzu schnell, so dass sich aus diesem Stimulationshunger nicht selten eine süchtige Suche nach dem Kick des Neuen entwickelt. Musikinstrumente, Hobbies, Freunde, Idole, Jobs und Interessen wechseln ADHS-Betroffene oft schneller als ihr eigenes Hemd. Für Spass (= Stimulation) lassen sie sich von allem und jedem vom eigenen Kurs abbringen.

Erwachsene mit einem unbehandelten ADHS gehen oftmals in einem reinen Zickzack-Kurs durchs ganze Leben. Wie die Kinder vermögen sie es nicht, lange genug an einer Ausbildung, einer Stelle

oder einer anderen Sache dranzubleiben. Und lange genug würde halt heissen, dass sie so viel Sitzleder haben, um sich beispielsweise beruflich so gut zu profilieren, dass ihnen Arbeit und Beruf schliesslich so viel an Befriedigung und Identität bringen, dass berufliche Tätigkeit und Stimulationshunger verschmelzen. Einigen Sportlerinnen und Sportlern und Künstlerinnen und Künstlern mit einer ADHS scheint dies gelegentlich zu gelingen.

Anstrengungsvermeidungshaltung?

Eltern und Lehrer gewinnen oftmals den Eindruck, es fehle dem zerstreuten Kind mit einer ADHS an Motivation oder es wisse nicht, was es wolle. In den Berichten der Schulpsychologen heisst es dann, der Schüler sei verwöhnt und zeige eine Anstrengungsvermeidungshaltung. Dabei ist es bei unbehandelten Kindern mit einer ADHS ein purer Stimulationsmangel, der sie meist ganz automatisch nach etwas Stimulierendem Ausschau halten lässt und in der Folge dazu führt, dass das Kind sich ablenkt und unkonzentriert ist.

Lernstörungen als Folge der ADHS

Bedingt durch ihre ADHS-Symptome haben alle un- oder falsch behandelten Kinder mit einer ADHS Probleme mit dem Lernen. Sie haben keine Geduld, können sich beim Hausaufgabenerledigen nicht lange genug hinsetzen und können – wenn es für sie monoton und damit stimulationsarm wird – der Lehrkraft nicht lange zuzuhören. Sie sind Minimalisten und werden wegen den ausbleibenden Erfolgen in Sachen Schule immer mehr entmutigt. Un- oder falsch behandelte Kinder und Jugendliche mit einer ADHS können also ihr geistiges Potenzial und ihre Begabungen gar nicht entfalten oder ausleben. Sie haben nie den schulischen und später den beruflichen Erfolg, der ihnen eigentlich zustehen würde. Schulische Erfolge aber sind die wichtigste Quelle für die Seelennahrung von Kindern und Jugendlichen. Und diese stimulierende Quelle können unbehandelte Kinder mit einer ADHS nicht anzapfen. Dazu kommen der persönliche Frust, die eigene Verzweiflung und manchmal auch zehrende

Schuldgefühle, weil diese Kinder krankheitsbedingt die eigenen und die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen können. Sie entwickeln ein schlechtes persönliches und schulisches Selbstwertgefühl und schreiten meistens schlecht ausgerüstet in Richtung Pubertät.

Kritische Hürde Pubertät

Wird bei Kindern die ADHS nicht erkannt, nicht oder nicht richtig behandelt, stehen sie in der Pubertät vor sehr kritischen Hürden. Auf der einen Seite haben diese Jugendlichen ADHS-typisch grösste Mühe, sich selbst zu organisieren, die eigenen Emotionen und die soziale Anpassung zu regulieren: In wichtigen Lebensbereichen sind sie deutlich unselbstständiger als Gleichaltrige. Sie können sich nicht an Vorsätze halten, wirken daher unzuverlässig, können Lernvorhaben nicht umsetzen, sind chaotisch mit den Schulsachen und leben und lernen sehr viel ausgeprägter als andere Kinder nach dem Lustprinzip. Und das trotz aller Ermahnungen, Belohnungen der Eltern. Auf der anderen Seite suchen sie zunehmend ihre Freiheit, sich selbst und ihre Grenzen.

Zwischen der Tatsache, dass ADHS-Jugendliche wegen ihrem Selbststeuerungsdefizit eigentlich weiterhin viel an Strukturen und Aussensteuerung benötigen würden und ihrem zunehmenden und auch legitimen Bedürfnis nach mehr Autonomie kann mit Eintreten in die Pubertät ein grundlegender Konflikt mit einem riesigen Spannungspotenzial entstehen. Kämpfe durch stark polarisierende Bewertungsmuster und provokatives Verhalten sowie die Folgen der Neigung, Anerkennung und Aufmerksamkeit im Freundeskreis durch extremes Verhalten zu erhalten, führen häufig zu ganz massiven Belastungen in Familie, Schule oder Ausbildung.

Kinder und Jugendliche mit einer ADHS, aber auch betroffene Erwachsene, können bekanntlich infolge ihrer Aufmerksamkeitsschwächen oft nicht zuhören: Vieles bekommen sie gar nicht erst mit. Und das etwa nicht nur in der Schule, nein, sie überhören oder haben vergessen, dass die Schwester gestern abgewaschen hat und es durchaus korrekt wäre, dass sie heute dran sind. Oder sie

vergessen eine bei der letzten Familienkonferenz vereinbarte Abmachung und behaupten in vollster Überzeugung, dass dies nie so gesagt worden sei. Weil sie es oft echt nicht mehr wissen und ihnen das niemand glaubt, fangen sie an, sich zu verteidigen und zu kämpfen (deswegen: Abmachungen und Regeln immer aufschreiben und sichtbar für alle aufhängen!). In Kombination mit ihrem oft extremen Gerechtigkeitsempfinden kann das zu verbissensten Streitereien und zu verwegensten pubertären Aktionen führen.

Kinder mit einer ADHS haben es viel schwerer als andere, den eigenen Anteil an einem Konflikt wahrzunehmen. Das liegt an ihren eingeschränkten Fähigkeiten, flexibel genug den Aufmerksamkeitsfokus wechseln zu können. Weil sie die Welt meistens nur aus ihrer Perspektive wahrnehmen, fühlen sie sich im Streit oft nur noch als Opfer und immer nur als derjenige, welcher den Ungerechtigkeiten der anderen ausgeliefert ist. Sich selbst – quasi aus der Sicht des anderen – können sie wegen der mangelnden Flexibilität der Aufmerksamkeit nicht oder nicht ausreichend gut wahrnehmen. Bei allem verteidigen sie sich, legen sich mit der Schwester an, dem Vater, der Lehrerin, später mit dem Lehrmeister, dem Chef oder der Lebenspartnerin. Weil die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht gut genug entwickelt sind, gehen sie immer nur von sich selbst aus, verbeissen sich allzu leicht in oppositionelles Trotzverhalten und können manchmal ein Leben lang egozentrisch und trotzig bleiben.

Es ist fatal: Aber genau dieses mit Auflehnung, Trotz und Opposition verbundene Verhalten und Erleben kann ein unbehandeltes ADHS-Hirn gefährlich gut stimulieren! Und das ist verlockend. Dazu zählt auch der Kick, den einige Mädchen oder junge Frauen mit einer ADHS erleben können, wenn sie das mächtige Gefühl entdecken, dem Hunger widerstehen zu können. Magersucht und ADHS gehen häufig gemeinsam einher, so dass Mädchen mit einer therapieresistenten Anorexie unbedingt auch auf eine mögliche ADHS abgeklärt werden sollten.

Suche nach Stimulationsersatz

Der oben beschriebene Mangel an Seelennahrung und persönlicher Befriedigung kann dazu führen, dass ADHS-Jugendliche sich anderen stimulierenden Dingen oder Tätigkeiten zuwenden: Irgendwie müssen sie sich ja selbst spüren und brauchen ein Feld, um sich selbst als autonome Person erleben und identifizieren zu können. Ganz besonders geeignet ist dazu leider alles Spezielle, Verbotene und Riskante: Klauen, rauchen, kiffen, zündeln, sich volllaufen zu lassen, Computerviren bauen, mit Skates ohne Helm eine steile Strasse hinunter flitzen, um Geld spielen, mit Unkrautvertilger Sprengkörper basteln, sich die Arme aufritzen, „Pillen schmeissen" oder Kollegen besuchen, von denen die Eltern ihnen sagten, sie sollen sie besser meiden.

Unheilvoll ist schliesslich, dass auch die pharmakologischen Wirkungen einiger Drogen bestens geeignet sind, das zu schwache Dopaminsystem zu aktivieren: Einige Drogen vermögen kurzzeitig das Minus an neuronaler Aktivität im Frontalhirnbereich von ADHS-Betroffenen auszugleichen. Das gilt für alle stimulierenden Drogen wie zum Beispiel Tabak, Speed und Kokain. Und mit beruhigenden Drogen wie Alkohol und Cannabis versuchen diese Jugendlichen dann andererseits, die innere Unruhe, den oft riesengrossen Frust, die Schamgefühle und die Versagensängste zu dämpfen. Gerade Cannabis wird von sehr vielen ADHS-Betroffenen im Sinne einer Selbstmedikation als Mittel eingesetzt, um ihr ruheloses ADHS-Gehirn zu dämpfen. Die Folgen können verheerend sein.

Dass mit einer rechtzeitigen und fachgerechten medikamentösen und psychologischen Therapie dazu beigetragen werden kann, schlimme Folgeerkrankungen der ADHS – wie eben zum Beispiel Drogensucht – zu vermeiden, leuchtet allen spontan ein, die um die neurochemischen Besonderheiten der ADHS wissen.

Die Frage, warum wie eingangs behauptet, die medikamentöse Therapie einen so zentralen Stellenwert bei der Behandlung und Suchtprävention von Kindern mit einer ADHS hat, kann nun beantwortet werden: Die bei der ADHS in vielen Fällen wirksamen Medi-

kamente heissen nicht umsonst Stimulanzien: Sie stimulieren und aktivieren Teile des Gehirns und können während ihrer Wirkdauer dazu beitragen, dem neurochemischen Ungleichgewicht (vor allem bezüglich der Verfügbarkeit des Nervenbotenstoffes Dopamin) entgegenzuwirken.

Die mit Stimulanzien behandelten Patientinnen und Patienten vermögen dann auch in weniger stimulierenden Situationen besser bei der Sache zu bleiben, es gelingt ihnen vermehrt zu denken, bevor sie handeln, sie sind emotional ausgeglichener und sie sind auch dann aufmerksamer, wenn in der Schule einmal ein weniger interessantes Thema behandelt wird. Ihr innerer Kompass wird dann nicht mehr ständig durch den Stimulationshunger fehl gelenkt, sondern wird ausgerichtet durch die wahren Interessen, Neigungen und Begabungen eines Kindes.

Was können Eltern tun, um das Suchtrisiko ihrer Kinder mit einer ADHS zu begrenzen?

Stellen Sie möglichst frühzeitig (also immer vor Beginn der Pubertät) sicher, dass eine Behandlung Ihres Kindes erstens erfolgt und zweitens ausreichend wirksam ist. Die möglichen Folgen einer un- oder falsch behandelten ADHS sind viel zu ernst, um mit therapeutischen Experimenten, deren Wirksamkeit bei der ADHS wissenschaftlich nie belegt wurden oder gar mit gesundheitlichen Risiken eingehen, die wertvolle Zeit zu vertun.

- Wenn Verhaltensprobleme trotz optimaler Therapiemassnahmen fortbestehen, sollte abgeklärt werden, ob zusätzlich nicht allenfalls eine neurologische Erkrankung, Teilleistungs- oder andere neuropsychologische oder psychische Störungen vorliegen.
- Berücksichtigen Sie, dass Forschung und klinische Erfahrung in den psychologischen Wissenschaften und der Medizin laufend unsere Kenntnisse erweitern. Dies gilt auch für die Ursachenforschung und Behandlung der ADHS. Nicht nur für Fachpersonen, sondern auch für Eltern gilt der Rat, ihr Wissen über therapeutische Möglichkeiten aktuell zu halten.

- Geben Sie nicht auf, wenn Sie das Gefühl haben, dass es mit der Therapie Ihres ADHS-Kindes noch nicht „stimmt“: Klären Sie mit der Ärztin oder dem Arzt ab, ob die mit den Therapien gegebenen Möglichkeiten wirklich schon ausgeschöpft sind.
- Auch wenn eine Behandlung mit Medikamenten in vielen Fällen die Basistherapie darstellt, so sind doch in den meisten Fällen im Sinne einer multimodalen Therapie zusätzliche psychotherapeutische und andere Massnahmen (zum Beispiel Elterntraining) erforderlich. Und wenn begleitend zu einer ADHS eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt, sind fast zwingend verhaltenstherapeutische Massnahmen angezeigt.
- Trinkt Ihr ADHS-Kind bereits längere Zeit Alkohol, kifft es immer wieder oder konsumiert es andere illegale Drogen, so sollten Sie in Absprache mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin eine in Sachen ADHS kompetente Drogenberatungsstelle aufsuchen und sich dort beraten lassen.

Auch wenn die Probleme noch so gross und erdrückend sind: Verlieren Sie nicht den Glauben an Ihr Kind! Stehen Sie zu ihm, auch wenn es Sie zurückweist. Und glauben Sie niemandem, der Ihnen rät, Sie sollten Ihr Kind langsam aber sicher loslassen, es würde sonst in seiner Autonomieentwicklung Schaden nehmen. Eine Mutter spürt selbst ganz genau, wann die Zeit reif ist, das eigene Kind los- und schrittweise sich selbst zu überlassen.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – auch bei Hochbegabten?

Piero Rossi. Erschienen erstmals in: Deutsche Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V. (Hrsg.): Im Labyrinth. Hochbegabte Kinder in Schule und Gesellschaft. Münster: Lit Verlag 2001.

Zusammenfassung
Eine der Ursachen erwartungswidriger Minderleistungen von Hochbegabten (sogenanntes „Underachievement“) ist die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). ADHS steht für ein Störungsbild, welches primär durch erhebliche Beeinträchtigungen der Konzentration und Daueraufmerksamkeit, Störungen der Impulskontrolle, der emotionalen Regulation sowie fakultativ motorischer Hyperaktivität bestimmt ist. Ähnlich einer Legasthenie, einer anderen Teilleistungsstörung oder einer Entwicklungsstörung, vermag auch eine ADHS die Entfaltung der Persönlichkeit und der Begabungen von Hochbegabten nachhaltig zu behindern. Eine unbehandelte ADHS kann zu Hyperaktivität, zu starker Verträumtheit, zu Entwicklungs- und Lernstörungen, zu störendem Verhalten in Schule, Familie und Freizeit und in einigen Fällen auch delinquentem Verhalten, zu Suchterkrankungen, Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen führen. Die primär medikamentöse Therapie der ADHS ermöglicht in vielen Fällen, dass auch Hochbegabte mit einer ADHS sich und ihre Potenziale entfalten und die soziale Integration leichter vollziehen können.

Phänomenologie der ADHS

Die mit der ADHS assoziierten Symptome und Verhaltensstörungen sowie deren Behandlung sind seit Jahrzehnten Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Schon 1844 umschrieb der Frankfurter Arzt H. Hoffmann in seinem bekannten Kinderbuch „Struwwelpeter“ die typischen Erscheinungsformen von hyperaktiven und aufmerksam-

keitsgestörten Kindern. Und bereits 1902 beschrieb der englische Kinderarzt George F. Still in der renommierten medizinischen Fachzeitschrift „Lancet“ ein Störungsbild mit Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, motorischer Überaktivität und Unfähigkeit zu diszipliniertem Verhalten. Er führte aus, dass nicht in erster Linie schlechte Erziehung oder ungünstige Umweltbedingungen, sondern eine angeborene Konstitution für diese Symptome verantwortlich sind. Seit der Einführung der Stimulanzientherapie durch das Forscher- und Erzieherehepaar Bradley im Jahre 1937 erfolgte eine rege Forschungstätigkeit, welche zu zahlreichen Änderungen in der Konzeptualisierung und Bezeichnung dieses Störungsbildes führten. Die ADHS ist in Deutschland teilweise noch unter dem Terminus HKS (hyperkinetische Störung) und in der Schweiz unter POS (infantiles psychoorganisches Syndrom) bekannt.

Das Störungsbild der ADHS ist ausgesprochen facettenreich: Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer ADHS sind häufig vergesslich und zerstreut, haben ein schlechtes Zeitgefühl und trödeln, sind in der Schule, bei Hausaufgaben, in der Ausbildung, im Berufs- oder Privatleben übermässig unkonzentriert und gelten als verträumt. Häufig sind sie auch sehr unordentlich, bekunden grosse Mühe beim Zuhören (und sind trotzdem häufig überempfindlich für Geräusche), haben Schwierigkeiten, bei reizarmen, monotonen oder langweiligen Tätigkeiten bei der Sache zu bleiben, sind ablenkbar durch äussere Reize und haben – oft trotz guter Intelligenz – eine „lange Leitung“, was wiederum zu Versagens-, Schul- und Prüfungsängsten führen kann. Andere Kinder mit einer ADHS sind vorwiegend zappelig, ständig in Bewegung, überdreht, trotzig, vermögen nicht zu warten und sitzen zu bleiben, können ihre körperliche Kraft nicht recht dosieren, geraten leicht in gefährliche Situationen (beispielsweise durch halsbrecherisches Klettern auf hohe Bäume), knabbern Nägel und Bleistifte, sind impulsiv, neigen zu Wutanfällen, erzwingen eine erhöhte Aufmerksamkeit von Eltern und Lehrkräften, leiden an „Sprechdurchfall“ oder geben ständig irgend-

welche Geräusche von sich. Es ist, als versage bei ihnen die innere Bremse.

Einige der Kinder mit einer ADHS fallen auf durch eine verzögerte psychomotorische Entwicklung, durch fein- und grafomotorische Störungen (schlechtes Schriftbild), leichte Artikulationsprobleme, durch Reflex- und Muskeltonusabweichungen und Hypersensibilität. Gehäuft zeigen ADHS-Betroffene auch Ein- und Durchschlafstörungen, Schlafwandeln, Bettnässen, Tics, Ängste, Allergien und andere somatische Symptome (Bauchschmerzen).

Die Reizoffenheit und Hypersensibilität machen ADHS-Betroffene nicht nur sehr neugierig und reiz-, ablenk- und beeinflussbar durch andere: Die herabgesetzten Wahrnehmungsschwellen bewirken, dass die Betroffenen sensorisch leicht überflutet und daher meist chronisch überfordert sind, ihre Erlebnisse und Sinneseindrücke kohärent zu integrieren. Dies kann auch die Autonomieentwicklung von Kindern mit einer ADHS nachhaltig beeinträchtigen. Allen ADHS-Patientinnen und -Patienten gemeinsam ist, dass sie – bedingt durch die chronische Reizüberflutung – übermässig im Hier und Jetzt eingebunden sind: Manchmal werden sie ein Leben lang durch zu intensive oder gleichzeitig auftretende Sinneseindrücke bedrängt, engagieren sich gleichzeitig in zu vielen Projekten, fühlen sich chronisch gestresst, hypern, führen ein chaotisches Leben und neigen zu Erschöpfungsdepressionen und erhöhtem Alkoholkonsum. Oder aber sie ziehen sich zurück, werden still, unflexibel, zwanghaft, introvertiert und depressiv. Der derzeit verwendete Begriff „Aufmerksamkeits-Defizit“ ist somit eigentlich eine unzutreffende, zumindest jedoch missverständliche Bezeichnung: Vielmehr sind die Betroffenen zumeist nicht unaufmerksam, sondern folgen vielmehr mehreren inneren oder äusseren Stimuli, Wahrnehmungen und Gedanken gleichzeitig (Störungen der selektiven Aufmerksamkeit).

Eine ADHS führt in nahezu allen Fällen und unabhängig von der Intelligenz zu Lernproblemen. Die Gründe liegen in den Aufmerksamkeits- und den Merkfähigkeitsstörungen (vor allem

beim verbalen Kurzzeitgedächtnis) und der teilweise vorliegenden Hyperaktivität und Ruhelosigkeit. Diese Lernstörungen erzeugen Selbstzweifel und emotionale Instabilität, da die Betroffenen ihr Potenzial nicht auszuschöpfen vermögen und weil vor allem intelligente Kinder ihr Unvermögen spüren und darunter leiden. Das Selbstwertgefühl der ADHS-Betroffenen bleibt meistens auch im Erwachsenenalter chronisch labil. Kinder und Erwachsene mit einer ADHS können auffallen durch Stimmungslabilität, chronische Dysphorie bis hin zu depressiv anmutenden Zustandsbildern.

ADHS bei Hochbegabten

In der aktuellen Literatur zum Thema Hochbegabung finden sich Listen mit Merkmalen und Verhaltensweisen von hochbegabten Kindern, welche einerseits deren Stärken und positiven Eigenschaften, andererseits mögliche daraus entstehende negative Verhaltensauffälligkeiten beschreiben (z. B. Webb 1998, Fitzner 1999). Diese Kinder haben demnach nicht nur einen IQ über 130, sie sind auch einfach anders, sehr sensibel und verletzlich, sollen einen grossen Gerechtigkeitssinn zeigen, viel Aufmerksamkeit verlangen, Routine und Leerlauf meiden, unverschämte klingende Fragen stellen, dickköpfig, impertinent und undiszipliniert sein, wenig Schlaf benötigen, über ein hohes Mass an Energie verfügen, übersteigerten Aktivitätsdrang und bisweilen hyperaktives Verhalten zeigen, Details für unwichtig halten, an mangelnder Akzeptanz leiden und sich durch eine beschleunigte und vielfach unkonventionelle Denkweise auszeichnen.

Viele dieser Merkmals- und Eigenschaftslisten lesen sich auf den ersten Blick und über grosse Strecken wie Beschreibungen von Auffälligkeiten und Verhaltensweisen, welche typisch auch für Menschen mit einer ADHS sind. Verschiedene Autorinnen und Autoren, die sich mit Hochbegabung befassen, weisen denn auch darauf hin, dass hyperaktives und ruheloses Verhalten von unterforderten Hochbegabten fälschlicherweise als Symptome einer ADHS identifiziert werden. Sie betonen, die mit der ADHS assoziierten Verhal-

tensweisen könnten eine Hochbegabung maskieren, zu Fehldiagnosen führen und in der Folge zu falschen therapeutischen Interventionen verleiten. Andererseits lehrt die klinische Erfahrung, dass viele Eigenschaften von Hochbegabten (inklusive des hohen IQ) auch bei Kindern und Erwachsenen mit einer ADHS beobachtet werden können. Wie häufig die ADHS bei Personen mit einem IQ über 130 vorkommt, ist allerdings nicht bekannt. Die ADHS soll sich in allen sozialen Schichten zeigen und in der Auftretenshäufigkeit nicht von Bildung oder Intelligenz abhängig sein. Erfahrungen lassen aber vermuten, dass die ADHS bezüglich des IQ nicht normalverteilt ist: Zu häufig stellt man bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer ADHS eine überdurchschnittlich gute Intelligenz fest.

Diese Beobachtungen sowie die Feststellung einer auffallend grossen Übereinstimmung von Eigenschaften von Hochbegabten und ADHS-Betroffenen provozieren nicht nur in Laienkreisen immer wieder Fragen nach allfällig vorhandenen strukturellen (genetischen?) Gemeinsamkeiten: Sind Hochbegabte diejenigen, deren ADHS-Disposition sich störungsfrei entfalten konnte? Haben alle ADHS-Patientinnen und -Patienten hohe Intelligenz-Potenziale? Neigen alle Hochbegabten tendenziell zu Problemen, welche gemeinhin mit der ADHS assoziiert werden? Stellen etwa die „Overexcitabilities“ (Reizoffenheit, hohe Sensibilität der Sinne) – gemäss der Theorie der positiven Desintegration von K. Dabrowski die Voraussetzung für die Entwicklung einer Hochbegabung (Dabrowski 1964) – einen gemeinsamen Nenner von Hochbegabung und ADHS dar? Die Feststellungen einer grossen Übereinstimmung von grundlegenden Merkmalen und Eigenschaften von Hochbegabten und ADHS-Betroffenen ist allerdings mehr von anekdotischer denn von empirischer Evidenz. Meines Wissens existieren bisher noch keine Studien zu diesen (interessanten) Fragestellungen.

Kinder mit besonderen Fähigkeiten und ADHS-Betroffene zeigen in der Tat eine Reihe von Gemeinsamkeiten in ihren Erle-

bens- und Verhaltensweisen. Nur können nicht einfach Äpfel mit Birnen verglichen werden: Schon die Terminologie zeigt, dass Hochbegabung eine Begabung (also ein Plus), eine ADHS hingegen eine Entwicklungsstörung beziehungsweise eine Behinderung (also ein Minus) darstellt. Während eine Hochbegabung eine Entwicklung zu etwas Besonderem ermöglicht, verhindert die ADHS, dass die Betroffenen ihre Potenziale entfalten können. Dazu ein Beispiel: Viele Kinder mit einer ADHS sind bedingt durch ihre oftmals gute visuelle Merkfähigkeit kleine Genies im Erstellen von grossen Puzzles: Die neue Aufgabe packt sie und sie geben häufig nicht auf, bis das Puzzle fertig ausgelegt ist. Die meisten dieser Kinder sind indes ausserstande, grosse Puzzles ein zweites Mal zu legen. Selbst wenn sie anfangs wollen, sehen sie nach kurzer Zeit die Puzzleteile und das Ganze nicht mehr vor ihren Augen, können nicht mehr kombinieren, ermüden, werden unruhig, verlieren die Spiellust und wenden sich Interessanterem zu. Selbstverständlich vermeiden auch Hochbegabte Langeweile und Routine und werden sich hüten, ein Puzzle zweimal zu legen. Nur: Letztere könnten, wenn sie wollten. ADHS-Betroffene hingehen können nicht, selbst wenn sie (anfangs) wollen. Der Reiz des Neuen ist weg, Spannung und Interesse lassen sofort nach, es kommt zu einer Abnahme der zerebralen Stimulation im präfrontalen Kortex sowie im Parietalhirnbereich und in der Folge zu einem kapitalen Einbruch von Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und der Fähigkeit zum synthetischen Denken. Während Hochbegabte sich bei inhaltlichem Interesse durch eine hohe intrinsische Motivation auszeichnen, einen hohen Spannungsbogen aufweisen und in einem Flow-Erleben (Csikszentmihalyi 1992) auf eine Aufgabe auch bei Längen und Spannungsabfall hyperfokussieren können, benötigen Kinder mit einer ADHS entweder permanent hohe (Aussen-) Stimulation oder dauernd Rewards, um an einer Sache dranbleiben zu können. Jugendliche und Erwachsene therapieren sich selbst mit teilweise hohen Mengen an Kaffee, Energiedrinks oder Coca Cola, lernen für die Schule zwischen Tür und Angel und erledigen Dinge auf den letzten Drücker. Auch ADHS-Betroffene vermögen sich –

etwa unter Zeitdruck – teilweise hervorragend zu konzentrieren und geraten ebenfalls in eine Art Flow-Erleben (z. B. Gameboy, Lego). Im Gegensatz zu Hochbegabten ist es aber der Grad der Stimulation und nicht der Inhalt, welcher die Ausrichtung des inneren Kompasses bestimmt. Das erklärt, wieso ADHS-Betroffene so leicht aus dem Ruder laufen, einen impulsiv überhüpfenden Wahrnehmungsstil haben (Neuhaus 1996), bei den Hausaufgaben nicht sitzen bleiben können, beim Lesen leicht den Faden verlieren, als Erwachsene immer neue Projekte anreissen und sich im Leben buchstäblich verzetteln können. Ihnen fehlen auch bei hoher Intelligenz die Voraussetzungen zur Entfaltung einer intrinsischen Motivation. Fatal für ADHS-Betroffene ist, dass ihr Reiz- und Stimulationsbedarf so hoch ist, dass die Inhalte häufig sekundär werden. Während Hochbegabte meist bemüht sind, Aufgaben (zum Beispiel das Schreiben eines Aufsatzes) vollständig zu lösen, bleiben auch intelligente ADHS-Betroffene meist kleben an unfertigen Lösungen, sehen vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr, fangen an zu träumen, verwickeln sich in Nebenkriegsschauplätze und verrennen sich in unwichtigen, für sie aber interessanten und stimulierenden Details.

Diagnostische Kriterien der ADHS

Die Kernsymptome einer ADHS (Konzentrationsstörungen, motorische Unruhe, impulsives Verhalten und emotionale Instabilität) sind sehr verbreitet: Treten sie sehr ausgeprägt in Erscheinung, können sie begleitende Symptome oder Kennzeichen anderer Probleme darstellen und beispielsweise auf sexuelle Ausbeutung, Misshandlungen, andere psychosoziale, psychische, internistische oder neurologische Erkrankungen sowie schulische (oder berufliche) Über- oder Unterforderung hinweisen. Konzentrationsstörungen und impulsives Verhalten gehören aber auch zum Repertoire normaler menschlicher Verhaltensweisen schlechthin. Und sie können auch eine Hochbegabung begleiten.

Eine ADHS kann nur dann diagnostiziert werden, wenn es primär die Symptome der Unaufmerksamkeit, Störungen der Infor-

mationsverarbeitung, der Hyperaktivität, der Impulskontrollstörungen und deren Folgen sind, welche die Entfaltung der Begabungen, der Potenziale und der Persönlichkeit und somit den gesamten Lebensvollzug der Betroffenen nachhaltig behindern. Auch noch so ausgeprägte Konzentrationsstörungen oder Zappeligkeit, welche sich als Folge oder Begleitsymptomatik anderer psychischer Störungen oder Problemstellungen manifestieren, rechtfertigen keine ADHS-Diagnose. Betont werden soll an dieser Stelle auch, dass die mit einer ADHS-Disposition einhergehende Reizoffenheit und Sensibilität vielfach auch mit besonderen Begabungen, Kreativität und Intuition verbunden ist, sich subklinisch manifestieren kann und nicht zwingend zu einer Dekompensation führen muss.

Heute lassen sich aufgrund einer ausgesprochen umfangreichen und langjährigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung und nach einem Konsens der American Medical Association APA diagnostische Kriterien mit einer sehr hohen Reliabilität bei verschiedenen Diagnostikern, Validität und guter Vorhersagbarkeit für den Verlauf und das Ansprechen auf therapeutische (pharmakologische) Interventionen ableiten. Gemäss DSM-IV (und in weitgehender Übereinstimmung mit den diagnostischen Kriterien der ICD-10 der WHO), dem international anerkannten diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen der APA, wird die ADHS durch die folgenden (im Originalwortlaut übernommenen) diagnostischen Kriterien definiert (Sass 1998). Für eine ADHS-Diagnose müssen dabei zwingend entweder A1 und/oder A2 sowie B, C, D und E zutreffen:

Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit (A1) und/oder sechs (oder mehr) der Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität (A2) sind während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden gewesen.

A1 - Unaufmerksamkeit

- beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

A2 - Hyperaktivität und Impulsivität

Hyperaktivität

- zappelt häufig mit Händen oder Füssen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)

- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“
- redet häufig übermässig viel

Impulsivität
- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

B
Einige Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.

C
Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule beziehungsweise am Arbeitsplatz und zu Hause).

D
Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein.

E
Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung (z. B. Autismus), einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können

auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

Die diagnostischen Kriterien der DSM-IV erlauben die Diagnose eines Mischtypus, eines vorwiegend unaufmerksamen sowie eines primär hyperaktiven Typus der ADHS. Bei Personen, besonders bei Jugendlichen und Erwachsenen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwar noch ADHS-Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird die Diagnose mit „teilremittiert“ ergänzt. In Europa hat sich auch in Fachkreisen das Wissen um die Tatsache, dass eine ADHS auch ohne Kennzeichen einer Hyperaktivität vorliegen kann, noch nicht überall etabliert. Vor allem Mädchen mit einer ADHS des unaufmerksamen Typus bleiben so die therapeutischen Möglichkeiten sehr häufig vorenthalten.

Bei intelligenten ADHS-Patientinnen und -Patienten präsentieren sich Beschwerdebild und Krankheitsverlauf vielfach deutlich anders, als bei durchschnittlich oder minderbegabten Menschen. Zentral ist, dass intelligente Kinder die mit einer ADHS verbundenen und mehr oder weniger diskret sich manifestierenden neuropsychologischen Funktionsstörungen öfters recht lange zu kompensieren vermögen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass diese ADHS-Betroffenen nicht selten erst in der späteren Adoleszenz – etwa in den letzten Jahren des Gymnasiums – oder noch später dekompensieren.

Häufigkeit und Begleitprobleme der ADHS

ADHS ist die häufigste psychiatrische Diagnose im Kindes- und Jugendalter. Die Angaben internationaler wissenschaftlicher Studien zur Prävalenz der ADHS bei Kindern schwanken je nach Studienbedingungen und Berücksichtigung des unaufmerksamen Typus zwischen 2 und 18 Prozent. Bei 50 bis 80 Prozent aller Betroffenen zeigen sich auch noch im Erwachsenenalter klinisch relevante Symptome der ADHS. Die Ansicht, dass diese Störung mit Beginn der Pubertät auswachse, gilt als obsolet. Entgegen früheren Feststellungen,

die ADHS trete vorwiegend bei Jungen auf (bis 8:1), weisen neuere Prävalenzstudien und klinische Erfahrungen auf eine annähernd gleiche Geschlechterverteilung.

Eine ADHS geht vielfach einher mit Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie) oder Zeichen einer leichten zerebralen Bewegungsstörung. Die Mehrheit aller Kinder mit ADHS zeigt Lernstörungen, bei mindestens 25 Prozent besteht eine Leseschwäche, 35 Prozent zeigen zusätzlich eine Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Wissenschaftliche Studien zeigen ausserdem, dass krankheitsbegleitend zu einer ADHS gehäuft auch Depressionen (25 Prozent) und Angst (25 Prozent), Somatisierungsstörungen (je nach Studie bis 38 Prozent) und andere psychische und psychosomatische Störungen auftreten können (Barkley 1998). Gehäuft zeigen sich ausserdem verbale und vokale Tics, Sprach- und Sprechstörungen, eine erhöhte Unfallneigung, delinquentes Verhalten und Drogen- und Alkoholsucht (amerikanischen Studien zufolge soll bei der Hälfte aller Konsumenten harter Drogen in der Krankengeschichte eine unbehandelte ADHS vorliegen).

Neurobiologische Grundlagen

Hervorgerufen durch eine Grippe-Epidemie traten zwischen 1918 bis 1923 vermehrt Fälle der Encephalitis lethargica auf. Dabei zeigten sich bei Erwachsenen Parkinson-Symptome und bei Kindern gehäuft hyperaktives Verhalten und Aufmerksamkeitsstörungen. Als eine Therapieoption wurden erfolgreich Stimulanzien (Benzedrin) erprobt, welche sich bereits für die Behandlung der Narkolepsie bewährt hatten. Das Stimulans führte zu einer deutlichen Verbesserung von Stimmung, Verhalten und kognitiven Leistungen. Man vermutete, dass diese Kinder – entsprechend den Parkinson-Patienten – einen Dopaminmangel entwickelten. Eine These, die auch heute noch ihre Gültigkeit hat. Die Dopaminhypothese ist gestützt einerseits durch die therapeutische Wirksamkeit der Amphetamine, aber auch durch die Resultate genetischer Studien: Die bisher durchgeführten Unter-

suchungen zu den Ursachen der ADHS legen nahe, dass eine genetisch bedingte Dysfunktion der Katecholamine im frontostriatalen System vorliegt, wobei einer Störung des dopaminergen Stoffwechsels eine zentrale Bedeutung zukommt. Folgen sind Störungen im Bereich der behavioralen Inhibition (Verhaltenshemmung), der Impulskontrolle, der Reizwahrnehmung und -verarbeitung sowie der emotionalen Regulation. Bei der ADHS liegen also mehr oder weniger diskret sich manifestierende neuropsychologische Funktionsstörungen im Bereich der sogenannten Exekutivfunktionen vor (Barkley 1997, 1998). Damit sind diejenigen grundlegenden zerebralen Prozesse gemeint, welche für die Aufmerksamkeit und die Aufmerksamkeitsaktivierung, das Planen, das Zeitgefühl, das Initiieren und die Inhibition von Impulsen und Handlungen, die Handlungskontrolle an sich, die Informationsanalyse und -verarbeitung, das Problemlösen, die emotionale Regulation sowie für weitere komplexe kognitive Funktionen wie Gedächtnis und Merkfähigkeit verantwortlich sind.

Bei den sekundären Symptomen der ADHS handelt es sich um reaktive psychische oder psychosoziale Störungen („psychischer Überbau“). Sie entstehen in einem dialektischen Wechselspiel zwischen diskreten neuropsychologischen Funktionsstörungen und psychosozialen Bedingungen sowie Erziehungs- und Belastungsfaktoren und können sich zu psychischen Störungen, aber auch zu schulischem und beruflichem Versagen, zu Delinquenz und zu anderen menschlichen Schicksalen hochschaukeln. Die Sekundärsymptome und Folgen der ADHS können bei Erwachsenen derart ausgeprägt, überkompensiert, facetten- und variantenreich sein, dass sie die zugrunde liegenden neurologischen Funktionsstörungen (also die Primärsymptome) häufig regelrecht verdecken.

ADHS als kongenitales dysexekutives Syndrom

Die klinische Symptomatik von Störungen der exekutiven Funktionen ist in der Neurologie und Neuropsychologie hinlänglich bekannt und wurde erforscht im Zusammenhang mit Patienten mit Frontal-

hirnschädigungen. Man spricht in diesem Zusammenhang vom Dysexekutiven Syndrom (Hartje & Poeck 1997). Die ADHS kann damit als „kleines“ kongenitales (angeborenes) dysexekutives Syndrom begriffen werden. Damit soll einerseits der auch bei ADHS vorliegenden „kleinen“ Frontalhirnsymptomatik, gleichzeitig aber der gänzlich anderen Pathogenese und Ätiologie Rechnung getragen werden. Bei der ADHS manifestieren sich die genannten Funktionsstörungen klinisch meist viel diskreter als bei traumatischen präfrontalen Läsionen. Wie bei Hirnverletzungen zeigt sich auch bei der ADHS keine Beeinträchtigung der Intelligenz oder des deklarativen Gedächtnisses. Für Russel Barkley, einen der führenden ADHS-Forscher in den USA, führen folgende mangelhaft entwickelte Exekutive Funktionen zu den ADHS-typischen Problemen mit der Selbstkontrolle und -steuerung (Barkley 1997, 1998):

Zeitgefühl und (nonverbales) Arbeitsgedächtnis: Als wesentliche Grundfunktion ist das Kurzzeitgedächtnis äusserst wichtig für die Analyse und Planung von Handlungen. Hierbei ist das Zeitgefühl, also ein kognitiver Rückgriff auf vergangene Zeiten und die Vorausschau auf Zukünftiges, von grosser Bedeutung. Diese Fähigkeit entwickelt sich etwa im Alter von 7 bis 8 Jahren und ist grundlegend für die Ausbildung einer gefestigten Identität. ADHS-Betroffene haben oft zeitlebens ein schmales Zeitfenster, leben im Hier und Jetzt oder benötigen feste zeitliche Strukturen, um handlungsfähig zu bleiben.

Inhibition (Verzögerung, Hemmung) von Reizen: Wenn die Fähigkeit, Reaktionen zu verzögern nicht ausreichend vorhanden ist, so zeigt sich dies unter anderem in der Unfähigkeit Innezuhalten oder Impulse zu kontrollieren, aber auch in der Schwäche, unwichtige Innen- oder Aussenreize (beispielsweise ablenkende Gedanken, Geräusche oder andere Sinneseindrücke) zu ignorieren. Eine funktionierende Inhibition meint also die Fähigkeit zur Regulation (Filterung, Verzögerung oder Stoppen) von Reaktionen (kognitiv, emotional, physiologisch oder gerichtetes motorisches Verhalten) auf einen

Stimulus. Der Stimulus kann wiederum ein Ereignis, eine Erinnerung, innere Bilder, Gefühle oder physiologische Veränderungen sein.

Fähigkeit zur Selbstverbalisation und Reflexion: Die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Selbstverbalisation von Sprache ist eine wesentliche Voraussetzung für die Selbststeuerung und Planung von Handlungen. Diese Fähigkeit zur Internalisierung von an sich selbst gerichteter Rede entwickelt sich ungefähr zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr. Das erklärt, warum bei einer Störung dieser Funktion sich in diesem Alter häufig die ersten ADHS-Symptome bei Kindern zeigen können. Die Fähigkeiten, mit sich selbst zu sprechen, sich zu korrigieren, sich wiederholt handlungsleitende Anweisungen zu geben, sich an Regeln zu halten und schliesslich im Selbstgespräch auch einen anderen Standpunkt einnehmen zu können, bilden die Voraussetzung für die Selbstkontrolle und Reflexion von Verhalten. Jugendliche und Erwachsene mit einer ADHS neigen dann verstärkt zu negativen und inadäquaten Selbstverbalisationen, können auch beim Gespräch mit sich selbst nur bei Interesse, Zeitdruck oder unter grosser Anstrengung beim Thema bleiben und eine Sache konsequent zu Ende denken. Zu schnell drehen sich ihre Gedanken im Kreis, und zu leicht verlieren sie sich in Details, stimulierenden Fantasien und Nebenkriegsschauplätzen.

Kontrolle von Emotionen und Arousal: Die Inhibition von Gefühlen und Regulation des Arousal (Zustand kortikaler Erregung, der auf eine sensorische Erregung folgt) sind weitere wesentliche Bereiche, die bei ADHS beeinträchtigt sind. Hierbei imponieren einerseits ein extrem hohes psychophysiologisches Anspannungsniveau und eine Hypersensibilität in verschiedensten Bereichen. Schon als Kleinkinder fallen Kinder mit einer ADHS auf als emotional labil und sehr sensitiv auf ihre Umgebung. Die Fähigkeit zur Habituation und Kontrolle eines erhöhten Arousal ist bei ADHS vermindert und/oder verzögert (ADHS-Betroffene bleiben oft zeitlebens sehr kitzlig oder

zeigen eine starke Kleidersensibilität). Wenn man das Warten beherrscht, so kann man eine emotionale Reaktion unterbrechen, sobald man sie wahrnimmt. Wenn man dies nicht kann, wird man ausschliesslich emotional und nicht auch Vernunft-gesteuert reagieren können. Menschen mit ADHS sind sehr viel emotionaler als andere Menschen und empfinden Gefühle ungebremster, als Menschen, die nicht von einer ADHS betroffen sind. Sie sind auch empfindlicher für Veränderungen, etwa bei Verlust einer Bezugsperson, eines geliebten Tieres oder bei Wohnortswechsel. Ihre Reizoffenheit macht sie verletzbar. Dies wirkt sich auch aus auf die motivationalen Prozesse: Normalerweise können Menschen auch bei unangenehmen oder langweiligen Aufgaben eine gewisse Motivation und Ausdauer aufbringen, wenn hiermit als Konsequenz etwas Positives winkt. Bei Personen mit ADHS ist es umgekehrt: Sie brauchen zuerst (!) eine Stimulierung oder Aktivierung, damit überhaupt eine Aktivität beginnen kann.

Reconstitution: Gemeint ist die Fähigkeit, beobachtetes und erlebtes Verhalten in seine Einzelteile zu zerlegen und sie zu neuem Verhalten zu kombinieren. Eine Störung dieser Funktion zur Neubildungsfähigkeit führt auch bei hoher Intelligenz zu eingeschränktem Vermögen, analysiertes Verhalten zu synthetisieren und Lösungen zu erarbeiten. Die Problemlöse-Kompetenzen können also nicht ausreichend entwickelt werden. Bei den sich im Schul- oder Familienalltag zeigenden Problemen der ADHS-Betroffenen handelt es sich also grundsätzlich um Folgen einer neurobiologisch beschreibbaren Grundstörung, welche sich im Wechselspiel mit sozialen und psychosozialen Belastungsfaktoren hochschaukeln können. Psychogene Faktoren spielen bei ADHS eine sekundäre Rolle. Auch Intoleranz gegenüber dem Anderssein, pädagogische Härte und Unwissenheit sowie unterlassene Hilfeleistungen von Fachpersonen können aus meiner Erfahrung wesentlich dazu beitragen, dass Kinder mit einer ADHS in ihrer Persönlichkeit gebrochen, Mütter dieser Kinder aus

Schuldgefühlen an Depressionen erkranken und ganze Familien auseinander brechen.

Diagnostik der ADHS

Prinzipiell gilt, dass die ADHS primär weniger als autonome funktionelle Störung objektiviert werden kann, sondern als eine dynamische Anpassungsproblematik zu begreifen ist. Nicht eine messbare Funktion selbst ist also primär gestört, sondern vielmehr deren Regulation und Handlungsausführung in sozialen Interaktionen und im Lebensvollzug. Dennoch: Die hohe therapeutische Evidenz einer validen Diagnosestellung und die Relevanz differenzialdiagnostischer Überlegungen schaffen verständlicherweise im pädagogischen und klinischen Alltag das berechtigte Bedürfnis, die Diagnostik der ADHS anhand bildgebender, messtechnischer oder psychometrischer Verfahren zu ergänzen und somit zu objektivieren. Leider sind aber weder die bei einigen ADHS-Patientinnen und -Patienten festgestellten anatomischen Besonderheiten (Volumenabnahme im Bereich von Frontallappen, Basalganglien und des Corpus callosum), die in bildgebenden Verfahren nachgewiesene geringere neuronale Aktivität in der linken Frontal- und Parietalhirnregion („Sitz" der Exekutivfunktionen) noch die teilweise auftretenden Auffälligkeiten im EEG (Vigilanzveränderungen sowie eine vermehrte Theta- und Deltaaktivität) ausreichend stark ausgeprägt, um sie als diagnostisches Kriterium verwenden zu können. Es existiert bis heute kein Testverfahren für den objektiven Nachweis einer ADHS.

Bleiben also diagnostische Verfahren aus der Neuropsychologie. Wie oben dargelegt, handelt es sich bei der ADHS primär um eine Folge von diskreten Funktionsstörungen im Bereich der Exekutivfunktionen. Man sollte daher davon ausgehen können, dass es möglich sein muss, diese Störungen wenigstens mit neuropsychologischen Testverfahren abbilden zu können. Schliesslich sind aus der Neuropsychologie verschiedene psychometrische Verfahren bekannt, mit welchen unter anderem die verschiedenen Aufmerksamkeitsfunktionen, die visuelle und auditive Merkfähigkeit und die Prob-

lemlösefähigkeiten diagnostisch erfasst und beurteilt werden können. Leider ist dem nicht so: Wie oben dargelegt, geht man bezüglich der Pathogenese der ADHS derzeit von einer komplexen Dysfunktion der Neurotransmitter im Bereich der sogenannten Frontallappen und des limbischen Systems aus, welche eine inadäquate Reizverarbeitung bedingen. Bei der Frage nach den Ursachen der ADHS stehen also primär variable neurochemisch bedingte Funktionen und deren Anpassungsdynamik und nicht mehr oder weniger (zeit-)stabile Funktionsstörungen im Vordergrund.

Die Erfahrung zeigt, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer ADHS eine ausgesprochene Intoleranz zeigen gegenüber reiz- und stimulationsarmen Situationen (Schule, Beruf, Beziehungen usw.). Sie werden leicht unruhig, zappelig, unkonzentriert, sind innerlich und äusserlich ständig auf dem Sprung, suchen den Kick, das Interessante, das Neue, das Spannungsgeladene, das Besondere, ja zum Teil sogar den Streit, das Sorgenvolle und das Gefährliche. Indem diese Menschen sich in diese anregenden Situationen begeben (beziehungsweise hineinstürzen) oder sich mental (etwa via Eifersucht, Sorgen, Gedanken an interessante, spannende Situationen) und physisch (beispielsweise durch exzessiven Sport, Drogenkonsum oder autoaggressives Verhalten) stimulieren, bewirken sie, dass hierdurch die neuronale Aktivität in denjenigen Hirnabschnitten, die für die exekutiven Funktionen bedeutsam sind, verstärkt wird. Das erklärt, wieso ADHS-Betroffene in subjektiv interessanten Situationen sehr wohl sehr leistungsfähig sein können. Sie berichten hingegen von grossen Mühen, langweilige Texte zu lesen, Themen wiederholt durchzugehen oder eintönigen und uninteressanten Gesprächen zu folgen. Das Üben, als wesentliche Voraussetzung für Lernerfolge, fällt Kindern mit einer ADHS besonders schwer, da Wiederholungen (etwa bei Diktaten oder beim Auswendiglernen von Vokabeln) per se schon langweilig und stimulationsarm sind. Dies kann im schulischen beziehungsweise beruflichen Fortkommen, aber auch beim Erwerb von sozialen Kompetenzen fatale Konsequenzen

haben. Im gleichen Atemzug berichten uns dieselben Betroffenen, dass sie sich in interessanten Situationen oder bei spannenden Aufgaben und Herausforderungen auffallend gut konzentrieren können.

Die bei allen ADHS-Patientinnen und -Patienten bestehende Eigenschaft, sich nur in anregenden Situationen deutlich wohler und entspannter zu fühlen und kognitiv besser zu funktionieren, hat Auswirkungen auf den diagnostischen Prozess: Stellen nämlich die konkreten Untersuchungsbedingungen eine für die Probandinnen und Probanden subjektiv interessante oder gar spannende Herausforderung dar, kann es sein, dass sich im Sprechzimmer manchmal nur geringe Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Analoges gilt natürlich für testpsychologische Untersuchungen, deren Aussagekraft speziell bei ADHS- Patientinnen und -Patienten sehr eingeschränkt ist: Kurz gesagt sind viele Tests zu interessant und zu kurz und sind somit nicht immer in der Lage, die relevanten Funktionsstörungen abzubilden.

Viele Kinder mit einer ADHS sind aufgrund ihrer Handicaps nicht in der Lage, eine ihren Fähigkeiten adäquate schulische oder berufliche Ausbildung zu absolvieren. Die ADHS-bedingten Verhaltensauffälligkeiten (wie impulsiver Arbeitsstil, Flüchtigkeit, Probleme beim Lesen sozialer Signale) verhindern es, sich schulisch und beruflich (aber auch zwischenmenschlich) zu etablieren und das eigene Leistungspotenzial ausschöpfen. Aus diesem Grund wird im Rahmen einer ADHS-Abklärung sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen routinemässig eine psychometrische Bestimmung des Intelligenzquotienten vorgenommen. In vielen Fällen zeigt es sich, dass der IQ höher ist, als das die Schulleistungen und der Lebensvollzug der Patientin beziehungsweise des Patienten vermuten lassen. Dabei ist insofern Vorsicht geboten, weil Probanden und Probandinnen mit einem impulsiven Arbeitsstil und/oder mit Aufmerksamkeitsstörungen bei IQ-Tests signifikant schlechter abschneiden als die Normbevölkerung. Da keine Testnormen für ADHS-Patientinnen und -Patienten vorliegen, sollte der bei ihnen ermittelte IQ immer mit einem ADHS-Bonus versehen werden. Typischer-

weise zeigt sich bei ADHS-Betroffenen auch immer wieder, dass die Fehlerzahl bei steigendem Schwierigkeitsgrad der Aufgaben eines IQ-Tests nicht so schnell wie erwartet zunimmt, ja teilweise gar abnimmt: Je grösser die Herausforderungen, umso besser die zerebrale Stimulation und damit die Konzentration und die Problemlösefähigkeiten. Häufig zeigen Kinder mit einer ADHS im Leistungsprofil des HAWIK-III- Intelligenztests grosse Schwankungen in den unterschiedlichen Skalen und weisen in der Regel einen höheren Handlungs- als Verbal-IQ auf. Es kann aber auch vorkommen, dass vor allem intelligente Kinder, Jugendliche und Erwachsene trotz einer ADHS in vielen psychologischen Leistungstests mehrheitlich unauffällige Resultate zeigen.

Die wichtigsten Elemente des diagnostischen Prozesses bei der ADHS sind nicht Tests, sondern das sorgfältige Erheben der Stärken und Schwächen, des psychischen Befundes und einer ausführlichen biografischen, sozialen und persönlichen Krankengeschichte. Diagnostischer Goldstandard bleiben dabei die international gültigen diagnostischen Kriterien des DSM-IV. Bei Kindern mit Verdacht auf ADHS werden Eltern und Lehrer/-innen genauestens zu den Verhaltensauffälligkeiten befragt. Zur Objektivierung dieser Schilderungen werden standardisierte Fragebögen (unter anderem der Eltern- und Lehrerfragebogen von Conners) eingesetzt. Zur Erhebung und diagnostischen Beurteilung der aktuellen Beschwerden hinsichtlich eines möglichen Vorliegens einer ADHS empfiehlt sich auch der Einsatz der international verbreiteten ADD-Scales von T. Brown (ab 12. Lebensjahr). Es gehört heute zum Standard jeder ADHS-Abklärung, eine genaue Familienanamnese zu erheben. In nahezu allen ADHS-Fällen zeigen sich ADHS-Dispositionen oder manifeste ADHS-Symptome auch bei Familienmitgliedern (was übrigens in Zwillingsstudien bestätigt werden konnte).

Um andere psychische, somatische oder soziale Ursachen auszuschliessen, ist eine ausführliche psychologische und eine internistische Untersuchung (mit neurologischem Schwerpunkt und Prü-

fung von Visus und Hörvermögen) erforderlich. Eine entwicklungsbeziehungsweise schulpsychologische und neuromotorische Untersuchung lässt die häufig begleitenden Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie) und eine eventuell vorhandene leichte zerebrale Bewegungsstörung erkennen. Eine ADHS liegt dann vor, wenn sich die mit dieser Störung verbundenen Symptome wie ein roter Faden durch das ganze Leben der Betroffenen ziehen und die persönliche Entwicklung und die soziale Anpassung nachhaltig behindern.

Zur Therapie der ADHS

Bereits seit 1937 ist bei Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen die positive Wirkung der medikamentösen Therapie mit Stimulanzien bekannt. Diese wirken auf das Katecholamin- und das Serotoninsystem, erhöhen die Ausschüttung von Neurotransmittern (unter anderem Dopamin) im Frontalhirn und aktivieren und stimulieren das Zentralnervensystem. Sie stabilisieren dadurch die zerebralen Filterfunktionen (Inhibition) und optimieren so die Regulations-, Reizselektions- und Aufmerksamkeitsmechanismen und damit die Steuerungsfunktionen des Gehirns. Stimulanzien normalisieren somit die neuronalen Aktivitäten derjenigen Hirnareale, welche für ein Funktionieren der Exekutivfunktionen zuständig sind.

Bei einer ausgeprägten ADHS gilt eine individuell abgestimmte Therapie mit Stimulanzien (etwa das 1944 entwickelte und seit 1954 auf dem Markt befindliche Ritalin) als Behandlung der Wahl. Diese Feststellung wird untermauert durch Resultate von zahlreichen empirischen Studien der letzten Jahrzehnte. Eine neuere und breit angelegte wissenschaftliche Untersuchung in den USA zeigt, dass bei der Behandlung der ADHS die Effekte der Verhaltenstherapie denen der Pharmakotherapie signifikant unterlegen waren und dass eine Kombination von Pharmako- und Verhaltenstherapie die Wirkungen der medikamentösen Therapie nicht zu verbessern vermochten (The MTA Cooperative Group 1999). Eine therapeutische Wirksamkeit von alternativen Therapien wie Homöopathie, Phyto-

therapie, Restriktion der Zuckerzufuhr usw. konnte bisher in wissenschaftlichen Untersuchungen nicht belegt werden (Arnold 1999).

Die in der Regel nebenwirkungsarme Therapie mit Stimulanzien kann sowohl im Kindes- wie auch im Erwachsenenalter eingesetzt werden. Sie ist in rund 80 Prozent der Fälle erfolgreich und verbessert im Sinne einer „chemischen Brille“ die fokussierte Aufmerksamkeit, die Impulskontrolle und die Selbststeuerung der Betroffenen. Teilweise wird bei dieser medikamentösen Therapie auch heute eine Suchtgefahr postuliert. Alle wissenschaftlichen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte konnten – eine korrekte Indikationsstellung und Dosierung vorausgesetzt – eine Suchtgefahr indes nicht bestätigen. Im Gegenteil: Biedermann, einer der führenden ADHS-Forscher aus Boston, hat in einer prospektiven Studie zeigen können, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Jugendliche ein um 85 Prozent geringeres Risiko für Drogenmissbrauch zeigen als solche, die nicht behandelt werden (Biedermann 1999).

Ergänzend zur medikamentösen Basistherapie können heilpädagogische oder verhaltenstherapeutische Interventionen erforderlich sein. Bedeutsam erscheint dabei, dass nicht nur bei hochbegabten, sondern bei allen Kindern mit ADHS nicht nur defizit- sondern auch ressourcenorientierte therapeutische Interventionen erfolgen sollten (siehe Therapiekonzepte von Lauth und Schlottke 1997, Döpfner 1997, Flick 1998).

Literatur

- Barkley, R.: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guildford 1998
- Biederman J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., Faraone, S.V.: Pharmacotherapy of Attention- deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder. PEDIATRICS Vol. 104 No. 2 August 1999 Csikszentmihalyi, M.: Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: Klett-Cotta 1992

- Dabrowski, K.: Positive disintegration. Boston: Little Brown & Co. 1964

  Döpfner, M., Schürmann, S., Fröhlich, J.: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP. Weinheim: Belz 1997
- Flick, Grad L.: Ganz bei der Sache. Konzentrationstraining für impulsive Kinder. Kreuzlingen: Ariston 1998
- Fitzner, Th., Stark, W., Kagelmacher, H.-P., Müller, Th. (Hrsg).): Erkennen, Anerkennen und Fördern von Hochbegabten, Stuttgart: Klett 1999

  Hartje, H., Poeck, K.: Klinische Neuropsychologie. Stuttgart: Thieme 1997

  Lauth, G. W., Schlottke, P. F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Psychologie Verlag, 1999
- Neuhaus, C.: Das hyperaktive Kind und seine Probleme. Berlin: Urania-Ravensburger 1996
- Sass, H., Wittchen H.-U.: Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe 1998
- The MTA Cooperative Group: A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch. Gen. Psychiatry 56 1999
- Webb, J.T., Meckstroth, E.A., Tolan, S.S.: Hochbegabte Kinder – ihre Eltern, ihre Lehrer. Bern: Huber 1998
- Wender, P.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Oxford University Press 1995

Weiterführende Literatur

- Döpfner, M., Schürmann, S., Lehmuhl, G.: Wackelpeter und Trotzkopf. Hilfen bei hyperkinetischem und oppositionellem Verhalten. Weinheim: Belz 1999
- Hallowell, E. M., Ratey, J.: Zwanghaft zerstreut oder Die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. Reinbeck: Rowohlt 1998

- Neuhaus, C.: Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Berlin: Urania Verlag 2000
- Skrodzki, K.: Mertens K. (Hrsg.): Hyperaktivität. Dortmund: Borgmann 2000
- Soldan, S.: Die Chaos-Prinzessin. Forchheim: Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder e.V. 1999

Bildschirmmedien und ADHS: Kann ein hoher Bildschirmmedienkonsum ADHS-Symptome verursachen?

Piero Rossi (Vortragsmanuskript 2012)

Zusammenfassung

Ein hoher Konsum von TV, DVD, PC-, Online- und Videogames führt bei vielen ADHS-Betroffenen zu einer Verstärkung von Wahrnehmungs-, Impuls- und Konzentrationsstörungen. Aufgezeigt wird dies an konkreten Fallbeispielen aus der psychotherapeutischen Praxis des Autors. Die Neuen Medien stellen Eltern, Lehrkräfte, Psychologinnen und Psychologen und andere Fachpersonen vor grosse Herausforderungen. Die Fallbeispiele ermutigen, sich zum Wohl der Kinder vermehrt mit diesen Themen auseinanderzusetzen.

Einführung

Heute Abend berichte ich Ihnen über den Zusammenhang von Bildschirmmedienkonsum und ADHS. Zu dieser Thematik existieren unzählige wissenschaftliche Untersuchungen mit Tausenden von Kindern. Aber keine Angst. Ich werde Sie heute weder mit Zahlen, Tabellen noch mit statistischen Grafiken überschwemmen. Ausgangspunkt bilden vielmehr eigene Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten aus meiner psychologischen Praxis. Auf einige wichtige Forschungsresultate zu diesem Thema gehe ich am Schluss ein. Als Erstes will ich Ihnen schildern, wie es dazu gekommen ist, dass diese Thematik für mich und meine Arbeit überhaupt so bedeutsam wurde.

Jan und Eric

Gehen wir zurück ins Jahr 2007. Ein Kinderarzt aus dem Kanton Thurgau überwies mir damals zwei Buben mit einer diagnostizierten ADHS. Beide haben auf alle bisher durchgeführten Therapien (und dazu zählte auch eine medikamentöse Therapie) nicht befriedigend angesprochen. Der Kinderarzt bat mich um eine eingehende Untersuchung beider Kinder sowie um Therapieempfehlungen. Abklärung von „ADHS-Problemfällen“ gehören zum Kern meiner Praxistätigkeit.

Wie in allen anderen Fällen begann die Untersuchung mit einem ausführlichen Gespräch mit den Eltern. Mein Ziel ist, Informationen über die aktuellen Probleme, über die bisherige Entwicklung, über das Problemverhalten des Kindes in der Schule, über familiäre Probleme und so weiter zu erhalten.

Die 11- und 13-jährigen Buben der Familie Hoffmann, nennen wir sie im folgenden Jan und Eric[3], zeigten seit Schulbeginn klassische Symptome einer ADHS. Sobald ihnen etwas langweilig, sinnlos oder unwichtig erschien, hatten sie grosse Mühe, sich zu konzentrieren. Dies kam leider viel zu oft vor, vor allem im Schulunterricht, beim Erledigen der Hausaufgaben und im Besonderen dann, wenn die Mutter etwas von den beiden Buben wollte. Jan und Eric waren zudem sehr impulsiv. Wie bei anderen ADHS-Kindern beobachtbar nahmen sie wegen ihrer Filterschwäche nicht nur viel zu viel auf, sondern reagierten viel zu schnell auf alle Sinneseindrücke, welche ungefiltert auf sie einprasselten.

[3] Alle Angaben zu den Personen, von denen ich im Folgenden berichte, habe ich abgeändert. Es ist also in keinem Fall möglich, Rückschlüsse auf konkrete Einzelpersonen oder real existierende Familien zu ziehen.

Klassische ADHS-Symptomatik

Eric, der ältere der beiden, fiel bereits im Kindergarten durch Unruhe und Nicht-zuhören-können auf, sodass er damals nicht regulär eingeschult werden konnte, sondern die Einführungsklasse besuchen musste. Die Konzentrationsschwächen und das Nicht-warten-können waren so ausgeprägt, dass die Lehrerin bei Eric bald schon zu einer ADHS-Abklärung riet.

Bei Jan zeigten sich erst ab dem zweiten Schuljahr Probleme. Der Knabe war sehr verträumt und vergesslich. Einfach alles schien an ihm vorbei zu rauschen – Ausnahme, es war interessant.

Beide Kinder galten als intelligent. Neuen Schulstoff begriffen sie meistens sofort. Sobald es aber um das Vertiefen und Einüben ging, klinkten sie sich – wie halt fast alle Kinder mit einer ADHS – viel zu schnell aus.

Freiwillig Lesen war bei beiden Kindern kein Thema. Typisch waren auch die Hausaufgabenprobleme, welche in der Familie Hoffmann zeitweise dramatische Formen annahmen. Jan und Eric waren nur unter permanenter Überwachung der Mutter in der Lage, an den Hausaufgaben dran zu bleiben. Da beide Buben ständig Unterlagen in der Schule vergassen und es versäumten, das Hausaufgabenbüchlein zu führen, fehlte permanent irgendetwas.

Auf die vom Kinderarzt sorgfältig durchgeführte medikamentöse Behandlung hat Eric nur ansatzweise, Jan eigentlich gar nicht angesprochen. Auch ein Wechsel des Medikamentes brachte keine wesentliche Änderung. Versuche mit Kinesiologie, einer Zuckerdiät und einer Therapie mit Neurofeedback führten ebenfalls zu keinen Verbesserungen.

Frau Hoffmann wurde in der Folge von stärker werdenden Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen geplagt. Alle Therapien brachten den Kindern nichts, also musste es an ihr liegen, dachte sie sich. Sie wurde psychisch zunehmend instabiler, sodass der Hausarzt ihr ein Antidepressivum verschrieb und zu einer Psychotherapie riet. Er-

wähnen möchte ich an dieser Stelle, dass ich im Erstgespräch mit den Eltern den Eindruck gewann, dass auch beim Vater eine ADHS vorliegen könnte.

Die Schilderungen der Eltern und der Verlauf der ADHS waren für mich als Psychologe nicht aussergewöhnlich. Auch die Tatsache, dass ADHS-Patienten auf die Therapien nicht oder nicht befriedigend ansprechen, kommt häufiger vor, als man annehmen könnte. Was mich bei dem Aufnahmegespräch stutzig machte, waren die wiederholten Äusserungen von Frau Hoffmann über den doch sehr häufigen Fernseh- und Game Boy-Konsum ihrer Kinder und deren Folgen. Auch das hörte ich damals natürlich nicht zum ersten Mal. Diesmal aber hatte es für mich eine andere Qualität.

TV, Game Boy und Nintendo DS

TV, Game Boy und Nintendo seien die einzige Möglichkeit, Eric und Jan einigermassen ruhig zu halten, berichtete Frau Hoffmann. Sie rückte schliesslich damit heraus, dass nur das morgendliche Fernsehen es ermögliche, dass die beiden Buben überhaupt vorwärts machen. Ohne TV während des Frühstücks würde rein gar nichts gehen. Ähnlich beim Hausaufgaben erledigen: TV und Game Boy vor und nach dem Hausaufgaben machen sowie während der Pausen seien die einzige Möglichkeit, um die beiden Buben irgendwie bei Laune zu halten. Ohne dieses Zückerchen herrsche quasi Krieg.

Frau Hoffmann sagte darauf hin zum wiederholten Mal, dass sie sich sehr schäme. Und man sah es ihr auch an. Sie wisse ganz genau, dass sie versagt habe. Am liebsten, so kam es schliesslich aus ihr heraus, würde sie all dies Zeugs schnurstracks zum Fenster rausschmeissen.

Im Gespräch mit den Eltern wurde dann offensichtlich, dass der Vater ebenfalls sehr viel Zeit vor dem PC und dem Fernseher verbrachte. Jeden Abend schaute er mit den beiden Buben eine Folge aus einer Serie wie „Cobra 11“ oder etwas Ähnliches. Freitag und sams-

tags wurde neben den üblichen Serien- und Trickfilmzeiten mit den Kindern mindestens ein längerer TV-Film oder eine (oder gar mehrere) DVD angesehen. Natürlich nicht Tierfilme, sondern „James Bond“, „Spider-Man“ und andere Spielfilme. Anschliessend gab es immer ein riesengrosses Theater mit dem zu Bett gehen.

Ohne Spielkonsolen lief in der Familie Hoffmann gar nichts. Nur mit dem Nintendo-DS oder dem Game Boy waren die Buben ins Bett zu bekommen. Da die Mutter die Geräte irgendwann einziehen musste, gab es jeden Abend jeweils gegen 21:30 erneut Krach. Ruhe kehrte erst dann ein, wenn die Kinder vor lauter Streit erschöpft waren. Auch wochentags konnte es 23:00 Uhr werden, bis Nachtruhe herrschte.

ADHS-Diagnose bestätigt

Zwei Wochen nach dem Gespräch mit den Eltern untersuchte ich zuerst Jan, einen Monat später seinen Bruder Eric. Die Abklärung erfasste wie immer ein einstündiges Untersuchungsgespräch pro Kind sowie eine mehrstündige testpsychologische Untersuchung.

Von beiden Knaben erhielt ich zwischenzeitlich die von mir einbestellten Berichte der Lehrpersonen. Deren Angaben bestätigten die Schilderung der Eltern. Beide Buben wurden als unkonzentriert, reizbar und ungeduldig beschrieben und bei beiden hiess es: „Könnte bessere Leistungen erbringen.“ Eric wurde zudem als aggressiv bezeichnet. Immer wieder komme es zu Handgreiflichkeiten mit Mitschülern.

Die von mir durchgeführte testpsychologische Abklärung, die Befragung der Lehrkräfte, die Auswertung der ADHS-Symptom-Checklisten, des Krankheitsverlaufs und der früheren Untersuchungen und Therapieberichte ergaben, dass ich bei beiden Buben die vom Kinderarzt gestellte ADHS-Diagnose bestätigen konnte. Die Untersuchung ergab keine Hinweise darauf, dass noch nicht erfasste und unbehandelte Begleitprobleme wie Wahrnehmungs-, Gedächt-

nis- oder andere Teilleistungsstörungen vorlagen. Auch Mobbing, relevante Ehekonflikte oder andere klassische psychosoziale Belastungsfaktoren lagen nicht vor. Es blieb also vorerst unklar, wieso die beiden Buben nicht mehr Fortschritte in der Therapie machten.

Impulskontrolle

Dass Jan und Eric eine Störung der Impulskontrolle aufwiesen und auf die Therapie mit Stimulanzien nicht ausreichend ansprachen, zeigte sich nicht nur im Familien- und Schulalltag, sondern auch deutlich auf Testebene.

In einem der wichtigen Testverfahren wird geprüft, wie gut das Kind eine Reaktion auf einen unwichtigen Reiz hemmen kann, wie gut also die Impulskontrolle funktioniert. Die Patientinnen und Patienten sehen auf dem Monitor entweder ein „X“ oder ein „+“. Aufgabe des Kindes ist es, beim Erscheinen des „X“ so schnell wie möglich die Reaktionstaste zu drücken, beim Aufleuchten des Pluszeichens hingegen nichts zu machen.

Jan und Eric unterliefen viel zu viele falsch-positive Reaktionen: Ein erstes Pixelchen auf dem Monitor liess die Finger in einem so hohen Tempo auf die Reaktionstasten sausen, als gälte es, Rom zu erobern. Nicht einmal mit dem sonst so geliebten Computer war es den beiden Buben also möglich, sich altersentsprechend abzubremsen und eine Reaktion auf einen unwichtigen Reiz (also das „+“) hemmen zu können. Auch bei vielen anderen Tests war ein syndromtypisches Dreinschiessen zu beobachten.

Divergentes Denken

Die Abklärung ergab weiter, dass Eric und Jan bei Tests, welche das sogenannte divergente Denken prüfen, trotz guter Intelligenz schwache Leistungen erbrachten. Um zu erklären, was divergentes Denken heisst, muss ich dem Verständnis wegen zunächst einmal darlegen, was das Gegenteil, das konvergente Denken meint. Letzteres kommt immer dann zum Zug, wenn als Resultat einer Problemstellung nur

eine einzige richtige Lösung infrage kommt. Dies ist beispielsweise bei Rechnungsaufgaben der Fall. Demgegenüber liegt divergentes Denken immer dann vor, wenn jemand zu einer Problemstellung möglichst viele verschiedene Lösungen generieren muss. Ein klassisches Beispiel dafür ist ein Aufsatz, aber auch generell das Suchen nach verschiedenen Lösungswegen. Etwa bei Problemen, die sich beim Lernen, bei Prüfungen oder auch generell im Leben stellen können. Man kann dem divergenten Denken auch kreatives oder fantasievolles Denken sagen.

Intaktes divergentes, also kreatives und phantasievolles Denken ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass ein Mensch seine Intelligenz umsetzen kann.

Ich gebe Ihnen ein Beispiel für ein klassisches neuropsychologisches Testverfahren, welcher das divergente Denken prüft: Während zweier Minuten muss ein Kind möglichst viele Worte aufzählen, welche mit dem Buchstaben „S“ beginnen. Es muss also bereits vorliegendes Wissen „auf Knopfdruck“ hin abrufen können. Die Aufgabe tönt einfach, ist aber schwieriger, als viele denken. Im Vergleich zu den Testresultaten von gesunden Kindern erweist sich bei fast allen ADHS-Betroffenen diese Fähigkeit, sich hinzugeben, in Ruhe nachzudenken und vorhandenes Wissen abzurufen und umzusetzen als deutlich reduziert. Im Alltag macht sich dies zum Beispiel beim Versuch, Gelerntes aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen, störend bemerkbar.

Nicht besser fielen bei Jan und Eric die Resultate bei der Prüfung der Daueraufmerksamkeit aus: Beide Knaben, welche die Tests motiviert und in guter Stimmung durchführten, zeigten grösste Mühe in den langweiligen Konzentrationstests. Sie vermochten nicht am Ball zu bleiben, träumten regelrecht weg, stöhnten vor sich hin und fragten mich immer wieder, wie lange es noch dauere. Dabei verpassten sie viel zu viele Ereignisse, bei denen sie hätten mit Tastendruck reagieren sollen. Schwach im Vergleich zur guten Grundintelligenz fielen bei beiden Buben die Lese- und Rechtschreibkompetenzen aus.

Wie ich vorhin ausführte, stellte die Familie Hoffmann in meiner Arbeit an und für sich keinen Sonderfall dar. Was genau es war, was mich in Sachen Bildschirmmedienkonsum bei der Abklärung dieser beiden Buben hellhörig machte, weiss ich nicht mehr. Erinnern kann ich mich aber noch daran, dass ich bei der Äusserung der Mutter, „… all das Zeugs aus dem Fenster zu schmeissen", spontan gedacht habe: „Ja, mach das doch einfach!"

Game Boy-Diät

Bei der Befundbesprechung mit den Eltern riet ich in einem ersten Schritt zu einer Reduktion des Fernsehkonsums und zu einer Nintendo- und Game Boy-Diät. Sollten die Probleme der Kinder nach einer Zeit von drei Monaten fortbestehen, wäre ich bereit, Behandlungsversuche mit anderen Medikamenten zu unterstützen und erneut eine Verhaltenstherapie einzuleiten. Innerlich war ich mir sicher wie sonst selten, mit meinem etwas ungewöhnlichen Rat den Nagel auf den Kopf zu treffen.

Natürlich haben die Eltern nicht schlecht gestaunt, von mir als ADHS-Experten so etwas zu hören. Ich merkte, wie der Vater langsam die Arme verschränkte und die Mutter unruhig mit den Händen zu nesteln begann. Beide schauten mich fragend an. Offenbar erwarteten sie von mir mehr, als nur diese banal klingende Empfehlung.

Es gelang mir dann aber doch, die Aufmerksamkeit der Eltern für diese Thematik zu gewinnen. In einem ersten Schritt besprach ich mit ihnen, was ihre Kinder beim Gamen und beim Fernsehen lernen, wieso dies ihnen so gefällt, wenn sie stundenlang mit dem Game Boy spielen und warum sie sich darauf so gut konzentrieren können.

Ich erklärte den Eltern von Eric und Jan als Erstes, dass das menschliche Gehirn nicht „nicht lernen" kann. Man lernt immer genau das, was man gerade macht. Lernen heisst, dass im Gehirn automatisch neuronale Verknüpfungen und Spuren gebildet oder ver-

stärkt werden, welche für das gerade Erlebte stehen. Dass die beiden Buben Eric und Jan beim Spielen mit dem Game Boy etwas lernen sollen, löste bei den Eltern zuerst ein skeptisches „Hä?“ aus. Immerhin wurden sie etwas neugierig, was es mir ermöglichte, fortzufahren.

Lernen für den Überlebenskampf im Dschungel?

Ich zeigte den Eltern auf, dass bei den meisten Konsolen- und Computer-Games das Kind dann Erfolg hat, Punkte gewinnt und ein höheres Level erreichen kann, wenn es möglichst schnell reagiert. Um das Tempo und um blitzschnelles Reagieren dreht sich bei diesen Spielen nämlich fast alles. Nur dafür wird es belohnt. Und zwar nicht nur bei Schiessspielen, sondern auch bei Autorennen und allen anderen Games, welche schnelles Reagieren erfordern, um im Spiel weiterzukommen. Und genau das ist es, was diese Kinder beim Gamen lernen: Sie trainieren hauptsächlich reflexartiges und blitzschnelles Reagieren – und dies oft über Stunden hinweg. Sie erlernen das sogar sehr gut, weil sie viel Spass daran haben. Man weiss aus der Hirnforschung, aber auch aus Alltagerfahrungen, dass man immer dann, wenn man etwas mit Freude macht, es besonders gut lernt.

Ich habe die Eltern von Eric und Jan dann gefragt, was diese Fähigkeit, extrem schnell reagieren zu können, ihren Kindern nützen könnte? Stellen wir uns doch einmal vor, wir führten unsere Besprechung mitten im Dschungel durch. Wir befinden uns in einer Baumhütte, rund 20 Meter über dem Boden. Um uns herum hat es gefährliche und hungrige Tiere. Müssen wir zu allem noch davon ausgehen, dass von oben eine giftige Schlange auf unseren Besprechungstisch fallen könnte, wäre eine hohe Kompetenz in Sachen schnelles Reagieren und Davonschnellen für mich – und allenfalls auch für Sie als Eltern – wirklich überlebenswichtig. „Nun leben wir aber nicht im Dschungel, sondern in einer Gesellschaft, in welcher man dann vorankommt, wenn man zuerst denkt und dann handelt“, schloss ich. Die Eltern nickten zustimmend.

Man kann sagen, dass ADHS-Kinder bei schnellen Computerspielen eine Fähigkeit lernen und perfektionieren, die sie im Grunde eh schon viel zu gut können. Einen konkreten Nutzen im Alltag bringt dies ihnen nicht, im Gegenteil, es wirkt sich eher nachteilig aus. Zum Lernen braucht es viel Geduld. Man bekommt das Ergebnis nie sofort, wie im PC-Spiel. Nein, man muss es sich vielmehr erarbeiten. Und in Prüfungen erreicht bekanntlich nicht der Schüler eine gute Note, welche die Arbeit als Erster abgibt. Nein, es sind diejenigen, welche warten und sich die von ihnen bearbeiteten Aufgaben in Ruhe nochmals durchschauen können, dabei allfällige Fehler entdecken und bei noch ungelösten Aufgaben doch noch eine Lösung finden.

Abstoppen, in Ruhe nachdenken, sich eine Weile einer Sache hingeben, sich geduldig Lösungswege ausdenken, gegeneinander abwägen, entscheiden und dann zügig handeln – das ist es, was es heute gebraucht und erwartet wird. Beim Gamen lernen und trainieren die Kinder hingegen das absolute Gegenteil. Und weil es so viel Spass macht, brennt sich das immer schnellere Reagieren im Gehirn als automatisches Verhaltensmuster regelrecht ein.

Positive Wirkungen von Video-Games?

In vielen Video- und Online-Spielen wird durch die beruhigende Bezeichnung „Strategiespiel“ suggeriert, die Kinder würden im Spiel strategisches, planerisches und intelligentes Handeln trainieren. Das ist eine Irreführung, welche einzig und allein der Verkaufsförderung dient.

Alle mir bekannten „Strategiespiele“ sind nämlich recht simpel gestrickt. Die Spieler/-innen haben nie echte Wahlfreiheit: Die wenigen Entscheidungs- beziehungsweise Handlungsoptionen wurden allesamt von den Programmierern vorgespurt. Ausserdem sind zahlreiche sogenannte Strategiespiele in Tat und Wahrheit Kriegsspiele oder Games, in denen es lediglich darum geht, sich auf Kosten anderer zu bereichern.

Als Gegenbeispiel will ich das Schachspiel erwähnen, welches den Spieler/-innen unendlich viele Möglichkeiten eröffnet, strategisch denken, planen und handeln zu können. Und man lernt das Warten, das Abwägen –, ja, echtes strategisches Denken.

Herr Hoffmann wandte daraufhin ein, dass es im Alltag doch durchaus vorteilhaft sein könne, schnell reagieren zu können sowie gleichzeitig einen „Rundum-Überblick“ zu haben. Das könne beispielsweise helfen, Unfälle im Strassenverkehr zu vermeiden. Seine Schwiegermutter sei ihm heute noch dafür dankbar, dass er eine geerbte, offenbar wertvolle Vase, die ihr Eric im Spiel so nebenbei vom Tisch fegte, im Flug aufgefangen habe und sie unbeschadet in einer höheren, für seinen damals noch kleinen Sohnemann nicht erreichbaren Ebene versorgt habe.

Die Fähigkeit, schnell reagieren zu können, ist in der Tat überlebenswichtig und somit alles andere als nutzlos. Nur: Dies müssen Kinder nicht zusätzlich am PC üben. Die Fähigkeit, in der Not schnell reagieren zu können, ist nämlich angeboren. Auf dem Spielplatz, beim Basteln, im Sportunterricht und bei tausend anderen Gelegenheiten wird dieser angeborene Reflex weiter verfeinert. Ballspiele etwa, das Herumtollen mit dem Hund oder das Jonglieren trainieren ausserdem die Reaktionsschnelligkeit des ganzen Körpers (und nicht nur diejenige des rechten Zeigefingers).

Zum Thema Unfälle im Strassenverkehr noch Folgendes: Kinder mit einer ADHS haben nachweislich ein sehr viel höheres Risiko als gesunde Kinder, an Verkehrsunfällen beteiligt zu sein. Einer der Hauptgründe ist die ADHS-typische Impulsivität, also das zu schnelle Reagieren, das Dreinschiessen. Das kann im Strassenverkehr schlimme Folgen haben.

Beim Gamen lernen die Kinder, auf einen Reiz blitzschnell zu reagieren. Und dies, ohne dass sie in einem dreidimensionalen Raum – zum Beispiel beim Überqueren einer Strasse – verschiedene andere Reize miteinrechnen müssen. Einen „Rundum-Überblick“,

von dem Herr Hoffmann sprach, lernt man nicht vor dem Monitor. Im Gegenteil: Kinder, welche viel gamen und fernsehen, trainieren das schnelle Reagieren unter Ausklammerung der räumlichen Dimension. Speziell im Strassenverkehr ist das äusserst gefährlich.

Baby-TV?

Je jünger die Kinder sind und je häufiger sie fernsehen, umso problematischer sind für sie die Lernerfahrungen, die sie mit und vor dem TV gewinnen. Die vom Bildschirm vermittelten Wahrnehmungserlebnisse unterscheiden sich auch in formaler Hinsicht ganz grundsätzlich von der normalen Wahrnehmung des Kleinkindes im Alltag: Am TV haben selbst grosse Steinbrocken kein Gewicht, Rauch riecht nicht, Pizzas schmecken nicht und anfassen lässt sich rein gar nichts. Das TV-Bild ist flach und der Inhalt, verglichen mit der Realität, verarmt.

Um das Problematische beim TV-Konsum für die Entwicklung einer gesunden Wahrnehmung von Kleinkindern verstehen können, ist Folgendes wichtig: Alle Bilder und Klänge entspringen dem gleichen Ort, nämlich dem Fernseher. Beispiel: Auf der linken Bildschirmseite betritt Anna durch eine Tür ein Wohnzimmer. Auf der rechten Seite des Fernsehbildes sieht das Kleinkind einen bellenden Hund. Für das Kind vor dem TV erklingt das Bellen aber nicht etwa aus der rechten Wohnzimmerseite, es entspringt vielmehr – gemeinsam mit den anderen Bildern und Klängen – der gleichen Quelle, nämlich dem TV. Ältere Kinder und wir Erwachsene wissen natürlich, dass es der Hund ist, der dort rechts bellt. Das Kleinkind weiss das aber noch nicht.

Anders im realen Leben: Auf einem Spaziergang kommt das Bellen eines Hundes, welchen das Kleinkind „dort rechts“ hinter einem Holzzaun wahrnimmt, tatsächlich von rechts. Das Kleinkind lernt im Alltag, visuelle, akustische und räumliche Aspekte der Wahrnehmung räumlich getrennt wahrzunehmen und sinnvoll zu koordinieren. Vor dem TV passiert genau das Gegenteil. Und je

mehr Kleinkinder fernsehen, umso weniger haben sie Gelegenheit, im Spiel mit anderen oder draussen *stabile Wahrnehmungsmuster* zu lernen. Diese bilden dann das Fundament für eine intakte Wahrnehmungsorganisation. Kohärente Wahrnehmungsmuster lernen Kleinkinder ausschliesslich durch Stimulation in der Realität, also wenn eine Zitrone sauer, ein kleiner Schnitt schmerzhaft und das Fahrrad der grossen Schwester verflixt schwer ist.

Mit anderen Worten: Wenn Kinder stundenlang am Tag vor dem TV eine *eindimensionale* Form der Wahrnehmung trainieren, kann dies (neben grundsätzlich fehlenden Handlungserfahrungen) zu einer Störung der Entwicklung der sogenannten multimodalen Wahrnehmung führen. Eine normale Integration und Koordination der verschiedenen Sinnesmodalitäten ist nur dann möglich, wenn das Kleinkind regelmässige und stabile Wahrnehmungsmuster trainiert (also dass der Hund bellt und nicht der Fernseher). Lernt das Kind hingegen, dass mal der Fernseher und mal der Hund bellt, können sich im Gehirn des Kleinkindes keine auf sich wiederholenden Ursache-Wirkungserfahrungen beruhenden stabilen Wahrnehmungsmuster entwickeln. Folgen sind Entwicklungsstörungen der räumlichen Wahrnehmung und des „Rundum-Blickes“.

Digitale Ungeduld

Es ist eines der zentralen Merkmale der Neuen Medien, dass die Zeitgebundenheit aufgehoben ist. Was heisst das? Die Kinder haben beim Konsum von schnellen Bildschirmmedien einen rasanten Ablauf von Hier- und- Jetzt-Erlebnissen. Alles präsentiert sich ihnen zeitlich hoch komprimiert. In den Stunden des Medienkonsums – und das können bei meinen Patienten gerne einmal zwanzig Stunden pro Woche und mehr werden – entgeht dem Kind die Möglichkeit, reale Erfahrungen und ein Gefühl für echte zeitliche Abläufe zu entwickeln.

Gerade für Kinder mit einer ADHS, die sowieso häufig im Hier und Jetzt leben, bedeutet der intensive Konsum von schnell ab-

laufenden Computerspielen, dass sie die Relation von Zeit und Aufwand noch mehr aus den Augen verlieren. Ein Buch lesen, in eine Geschichte eintauchen und dabei ein gutes Gefühl entwickeln, dauert sehr viel länger als beim Gamen, wo man den Kick sofort kriegt.

Zwanzig Minuten Hausaufgaben erledigen dauert ihren Gefühlen nach dann eine Ewigkeit. Und ganz zu schweigen vom morgendlichen Ritual In-die-Schule-gehen. Sich etwas zusammenzubauen aus Holz oder aus Teilen eines alten Rasenmähers oder das Aufziehen einer Pflanze auf dem Balkon dauert seine Zeit. Und zwar in einem von der Natur vorgegebenen Zeitrahmen. Dafür aber haben im Zeitalter der „Sofortness" viele der medienüberfluteten Kinder definitiv keine Geduld mehr (übrigens: Forscher zeigten auf, dass auch Fastfood das Zeitgefühl massiv beeinträchtigen kann).

Weil in den meisten Computerspielen und auch am TV sehr vieles extrem schnell abläuft, man im Nu riesige Distanzen überwindet, Karriere macht, sich mal eben Ruckzuck ein neues Leben kaufen kann, wenn man schon wieder erschossen oder von einem Monster gefressen wird, erscheint im realen Leben alles immer langweiliger. Diese Kinder erleben dann den realen Zeitablauf als unerträglich stark verzögert und öde. Im realen Leben daheim und in der Schule geht es nämlich definitiv langsamer und mühsamer zu und her, als in der virtuellen Welt. Lehrerinnen und Lehrer haben heute einen schweren Stand: Es ist für sie angesichts der überwältigenden Erlebnisse, welche die Kinder in der Medienwelt machen, immer schwieriger, den Unterricht so zu gestalten, dass die Kinder ihn interessant finden.

Zahlreichen Kindern mit einer ADHS bleibt ein ihrer Intelligenz und ihrer Motivation entsprechender Schulerfolg vorenthalten. Ihre Identitätsentwicklung ist elementar gefährdet, weil ein stimmiger Schulerfolg die wichtigste Seelennahrung für Kinder darstellt. Auch Jan sagte seinen Eltern gegenüber wiederholt, er sei einfach nur dumm. Bleibt diesen Kindern ein ihren Möglichkeiten angemessener Schul-

erfolg verwehrt, entsteht hinsichtlich Identitätsentwicklung ein Vakuum. Nur zu leicht ist heute, sich im Schnellverfahren eine andere Identität zu verschaffen oder für eine gewisse Zeit in die beruhigende und oberflächlich sinnstiftende Medienwelt abzutauchen. In Online-Spielen kann man im Schnellverfahren Karriere machen: Man wird ein weltbekannter Fussballprofi (das ist kein Witz, weltbekannte Sportartikel-Konzerne bezahlen den guten virtuellen Spielern echte Sponsorenbeiträge) oder man wird ein berüchtigter Krieger.

Schnelle Computerspiele schaden

Schnelle Computerspiele schaden sicherlich vielen Kindern mit einer ADHS. Es ist nämlich so, dass diese Kinder bereits syndrombedingt zu schnell reagieren. Sie wissen es: Ein herabfallender Bleistift im Unterricht, dass Zirp-Geräusch beim Öffnen einer Taschentuchpackung eines Schülers auf einer hinteren Bank oder ein draussen vorbeifahrendes lautes Mofa führen meistens zu unmittelbaren Orientierungsreaktionen: Das Kind wendet sich sofort dem Reiz zu und lässt sich von diesem ablenken. Oder denken Sie an den vorhin erwähnten Test zur Prüfung der Impulskontrolle mit dem „X“ und dem „+“. ADHS-Kinder schiessen überall viel zu schnell drein.

Störung der Impulskontrolle zählt zu den Leitsymptomen einer ADHS. Betroffene geraten in Konflikte mit dem Pultnachbarn oder vermasseln Schularbeiten, weil sie vor dem Warten nicht abstoppen und dadurch nicht lange genug warten, innehalten und bei der Sache verweilen können.

Schnelle Computerspiele führen damit nicht nur zu einer Verstärkung der Ungeduld, sondern zu einer weiteren Verschärfung der Schwäche von ADHS-Betroffenen, Impulse angemessen hemmen zu können. Zwischenzeitlich bin ich mir sicher, dass schnelle Computerspiele die Impulskontroll- und Aufmerksamkeitsstörungen von ADHS-Betroffenen nachhaltig verstärken.

Schwachpunkt Belohnungssystem

Ich kann mich natürlich nicht mehr an den genauen Ablauf des Gespräches mit den Eltern von Jan und Eric erinnern, habe ihnen aber im Verlauf auch etwas über das sogenannte Belohnungssystem berichtet. Gemeint ist damit ein neuronales Netzwerk im Gehirn des Menschen, welches unter anderem dafür sorgt, dass wir, wenn es sein muss, auch unangenehme Dinge erledigen können.

Beispiel: Bei intaktem Belohnungssystem können Kinder auch dann Hausaufgaben machen, wenn sie keine grosse Lust dazu haben. Die Aussicht auf das gute Gefühl, welches sich nach dem Erledigen der Hausaufgaben einstellen kann, etwa das Nachdraussen-gehen und Fussball spielen, reicht im Normalfall aus, dass Kinder auch bei mässiger Motivation etwas Ungeliebtes durchziehen können.

Aus der ADHS-Forschung weiss man, dass das Belohnungs- und Motivationssystem bei ADHS-Betroffenen nicht korrekt funktioniert. Auch Eltern können ein Lied darauf singen: Eine Aussicht auf eine zukünftige Belohnung hilft diesen Kindern in keiner Weise, an etwas subjektiv Unangenehmen länger dranzubleiben. Selbst die verlockendsten Versprechungen nützen nichts oder sind nur von minimaler Wirkungsdauer.

Die neuronalen Netzwerke, welche das Belohnungssystem, die Motivation und die Aufmerksamkeitsfunktionen aktivieren, sind bei ADHS-Betroffenen im Ruhemodus zu wenig aktiviert. Folge ist unter anderem, dass ihre Sortierstation „Wichtig-unwichtig“ nicht genügend mit neuronaler Energie versorgt wird, was darauf hinausläuft, dass die Kinder unwichtige Reize nicht ausblenden können und zu viel aufnehmen. Sie sind dann inneren und äusseren Eindrücken ausgeliefert und nicht in der Lage, Ablenkungen zu widerstehen.

Wer Kinder mit einer ADHS kennt, weiss bestens um all die negativen Folgen dieser syndromtypischen Reizfilterschwäche.

Man geht heute davon aus, dass diese Schwächen im Belohnungssystem unter anderem mit dem bei Kindern mit einer ADHS reduzierten

Dopaminstoffwechsel in Zusammenhang stehen. Dies erklärt, warum bei Kindern mit einer ADHS Belohnungen immer nur sehr kurzfristig wirken und warum diese Kinder, wenn sie intensiv stimuliert sind, für eine kurze Zeit in ihrem Verhalten völlig normal erscheinen. Erst dann, wenn „etwas geht", wenn es interessant und spannend wird, scheint es mit dem Dopamin-Stoffwechsel einigermassen zu stimmen: Dann sind diese Kinder bei der Sache und zeigen (leider nur befristet) Ausdauer.

„Das ist ja wie bei einer Sucht!"

Es fiel mir an diesem Punkt des Gesprächs nicht mehr schwer, den Eltern von Eric und Jan dazulegen, dass schnelle Computerspiele beziehungsweise die schnellen Feedbacks zu einer verstärkten Freisetzung von Dopamin führen. Dies ist der Grund, warum Kinder mit einer ADHS das so gern machen und warum sie sich beim Gamen so hervorragend gut zu konzentrieren vermögen.

Herr Hoffmann sagte daraufhin spontan: „Das ist ja wie bei einer Sucht!" Es klingt vielleicht verrückt, aber so falsch ist das gar nicht. Das Ganze führt nämlich dazu, dass diese Kinder sich nur noch dann positiv spüren können, wenn sie in dieser hoch stimulierenden Welt des Computerspiels und des Fernsehers drin sind.

Je mehr sie lernen, sich nur noch dann wohlzufühlen, wenn schnell viele Reize verarbeitet werden müssen, umso langweiliger und entleerter wird der Alltag und umso schwerer fällt es ihnen, wie vorhin schon dargelegt, im realen Leben am Ball dranzubleiben. Übrigens: Eine Untersuchung mit computersüchtigen Patienten ergab, dass sie ähnliche Hirnaktivierungsmuster zeigten wie Kokainkonsumenten.

Das Gehirn, so führte ich eingangs auf, kann nicht „nicht lernen". Es lernt beim Gamen sehr schnell, dass der Computer, Nintendo-DS oder das Handy das Einzige ist, was im Leben wirklich Spass macht. Schneller kommen Kinder heute nicht an den „Kick". Dies alles führte bei Eric und Jan, aber auch bei sehr vielen meiner ADHS-

Patienten, zu noch schwächeren Schulleistungen und damit zu Frustrationen, was den Hunger nach dem Gamen schliesslich noch mehr in die Höhe trieb. Irgendwo im Leben muss man ja Erfolg haben. Ja, es war ein echter Teufelskreis, in welchen die beiden Buben und ihre Eltern hineingeraten sind. Dass der Konsum von Bildschirmmedien generell motivationsfördernd sein soll – dies wird gelegentlich postuliert – ist also definitiv nicht der Fall. Weder bei Eric und Jan noch bei allen anderen Kindern, die ich in meiner Arbeit kennengelernt habe.

Entzugssymptome

Frau Hoffmann fragte mich dann, wie es denn mit dem TV-Konsum ausschaue. Sie habe nämlich das Gefühl, dass auch da etwas nicht stimme. Müsse sie den Fernseher abstellen – und das passiere immer im Streit, weil die Kinder am liebsten gar nichts mehr anderes machen würden – reagieren Eric und Jan ganz ähnlich, wie in Situationen, in denen sie das Gamen unterbinden müsse. „Das sind wohl die Entzugssymptome!“, warf Herr Hoffmann ein.

Frau Hoffmann wirkte in diesem Gespräch sehr präsent. Über weite Strecken schaute sie mich mit offenem Mund an und nickte immer wieder. Fast so, als würde ich das sagen, was sie schon immer dachte. Ob ich also noch etwas zum Fernsehkonsum sagen könne, wollte sie von mir wissen.

Der gefrorene Blick

Wenn das Gehirn nicht „nicht lernen“ kann, was lernt es dann beim Schauen der TV-Serie „Cobra 11“, was bei „Sponge Bob Schwammkopf“ und was bei den „Simpsons‘?“, fragte ich die Eltern. „Nichts!“, sagte daraufhin Frau Hoffmann, sie habe ja immer schon gesagt, dass der Fernseher den Kindern nicht gut tue. Darauf ich dann wieder: „Doch, doch das Gehirn des Kindes lernt – und wie! Nicht vergessen: Man kann nicht ‚nicht lernen‘! Nur was lernt das Kind?“

Also: Es lernt beispielsweise, sich entspannt und sehr wohl zu fühlen, obwohl es nichts dafür tun muss. Während der TV- oder DVD-Zeit lebt das Kind in einer anderen Welt. Es identifiziert sich mit den Protagonisten, fiebert, freut sich und leidet mit und das alles, ohne dass es dafür auch nur einen einzigen Finger krümmen muss. Das Kind liegt auf dem Sofa, knabbert Chips, bewegt sich kaum und muss sich nichts kreativ ausdenken. Alles wird fixfertig serviert. Selbst beim spannendsten Krimi ist alles vorprogrammiert. Und das selbst dann, wenn uns der Regisseur quasi „auf die falsche Fährte" schickt und uns scheinbar etwas an Nachdenken abverlangt.

Dass Kinder und Erwachsene den Konsum von TV so entspannend und wohltuend erleben, liegt unter anderem daran, dass der passive TV-Konsum und unser starrer, „gefrorener" Blick auf die Mattscheibe dazu führen, dass unser Gehirn viele langsame Alphawellen produziert. Man kann sagen, das kognitive und vegetative System wird etwas „heruntergefahren". Dies erklärt auch, warum man beim Fernsehen weniger Kalorien verbrennt, als beim Nichtstun. Und es erklärt auch, warum die Aufnahme- und Lernfähigkeit vor dem TV deutlich reduziert ist. Ein gedämpftes Hirn kann Informationen nicht aktiv verarbeiten und auch nicht gut im Langzeitgedächtnis abspeichern. Oder wissen Sie noch, was gestern das Hauptthema in der Tagesschau war?

Während Herr Hoffmann meistens schweigend zuhörte, lieferte die Mutter viele Beispiele aus dem Familienalltag, welche das von mir Ausgeführte bestätigte. Unter anderem erwähnte sie, dass ihrer Meinung nach auch ihr Mann fernsehsüchtig sei. Eigentlich, so bemerkte sie, drehe sich in ihrer Familie alles nur noch um TV, PC- und Konsolenspiele.

Fernsehen vs. Lesen

Im weiteren Gesprächsverlauf kamen wir dann auf das Thema „Lesen" zu reden. Eric und Jan lasen nie freiwillig. Ich zeigte den Eltern

auf, dass viele Kinder, welche zu viel fernsehen, an mentaler Fantasiekraft verlieren (oder diese gar nicht aufbauen können, wenn der TV-Konsum schon in der Vorschulzeit die Hauptbeschäftigung der Kinder war).

Grund dafür ist, dass am TV alles fix und fertig präsentiert wird. Bild, Ton und eine meistens sehr simple Story werden in einem Guss serviert. Das Gehirn muss nicht aktiv werden. Es wird – wie man so schön sagt – angenehm berieselt oder eben „eingelullt".

Beim Lesen ist es komplett anders: Der Sinn des Gelesenen erschliesst sich einem nur, wenn man sich das, was man gerade liest, auch innerlich vorstellt, wenn das Gehirn also aktiv ist und Bilder zum Gelesenen produziert und diese zu einem „inneren Film" verknüpft. Für viele von Ihnen mag dies eine Selbstverständlichkeit sein. Für immer mehr Schülerinnen und Schüler ist es das leider nicht.

Viele Kinder „sehen" einfach nichts, wenn sie versuchen, zu lesen. Sie haben es schlicht und einfach nicht ausreichend lernen können, sich selbst Sachen auszudenken und sich diese vor dem inneren Auge auszumalen. Dies unter anderem, weil ihnen der Zeitfresser TV die Möglichkeit raubte, reale Erfahrungen mit realen Dingen und Abläufen zu gewinnen.

Beim normalen Spielen mit dem Puppenhaus, mit Lego, mit Spielzeugautos und beim Basteln mit Holz, Karton oder anderen Materialien trainieren die Kinder automatisch ihre Fantasie, also etwas nach ihren Vorstellungen entstehen zu lassen. Dabei machen sie wichtige Lernerfahrungen. Zum Beispiel, dass es mühsam sein kann, es Geduld und manchmal mehrere Anläufe braucht, um eine Burg aus Karton sauber auszuschneiden und zusammenzukleben. Beim Fernsehen hingegen lernen sie genau das nicht. Und je mehr die Kinder Bildschirmmedien konsumieren, umso weniger Zeit bleibt ihnen für diese realen, wichtigen Lernerfahrungen.

Das 24h-Diagramm

Im weiteren Gesprächsverlauf habe ich mit Frau und Herrn Hoffmann auf einem Blatt Papier zusammengetragen, mit welchen Tätigkeiten die 24 Stunden eines Wochentags bei Eric und Jan belegt sind.

Auf den Schlaf entfielen zehn Stunden, die durchschnittliche Schulzeit inklusive eines etwas längeren Schulweges schätzten die Eltern auf acht Stunden. Essenszeiten: eine Stunde. Und für An- und Ausziehen plus Körperhygiene gaben die Eltern eine halbe Stunde an. Weil beide Buben sowohl Nachhilfeunterricht als auch eine Ergotherapie besuchten, Eric zudem im Fussball-Club war und Jan zweimal pro Woche ins Judo ging, haben die Eltern diese Aktivitäten (ebenfalls inklusive Fahrzeiten) mit pauschal zwei Stunden pro Tag berechnet. Dann wurden sorgfältig die Zeiten für den Bildschirmmedienkonsum zusammengetragen. Resultat: Eric und Jan – so die Angaben der Eltern – verbrachten rund zwei Stunden pro Tag vor dem TV, ungefähr eine Stunde mit Konsolen-Spielen sowie eine undefinierbare Zeit im Internet. Die Eltern schätzen, dass dafür noch einmal eine dreiviertel Stunde einkalkuliert werden müsse.

Ich registrierte, wie Herr Hoffmann begann, mit den Fingern die Stundenzahlen zu addieren. Prompt vermeldete er, dass da etwas nicht stimmen könne: Der Tag habe auch im Kanton Thurgau nur 24 Stunden. Daraufhin Frau Hoffmann: „Da fehlen ja noch die Zeiten für die Hausaufgaben!“ Den Eltern von Eric und Jan wurde schnell klar, dass die Bildschirmmedienzeit bei Jan und Eric einen gewaltig grossen Zeitraum beanspruchte. „Kein Wunder“, murmelte Herr Hoffmann, „dass es in der Schule nicht vorwärtsgeht. Wann sollen die Kinder da bitte noch Hausaufgaben machen und sich auf Prüfungen vorbereiten?“

Was tun?

Bei der Besprechung der Untersuchungsbefunde geht es ja in allererster Linie darum, den Eltern konkrete Vorschläge zu unterbreiten,

ihnen also mitzuteilen, was konkret sie tun können, um den Problemen der Kinder zu begegnen.

Wie vorhin gesagt, riet ich zu einer Reduktion des Fernsehkonsums und zu einer „Game Boy Diät". Meine Ratschläge: Dreissig Minuten pro Tag TV, keine „Action", keine „schnellen Inhalte". Als positives Beispiel erwähnte ich die Wissenssendung „Nano" auf dem Sender 3Sat. Und wie schon gesagt kein Game Boy und keine anderen Computer- oder Konsolenspiele. Ich habe den Eltern zudem geraten, sich grundsätzlich mit dem Thema Bildschirmmedienkonsum zu befassen und habe ihnen das Ratgeberbuch „Vorsicht Bildschirm" des Arztes und Psychiaters Manfred Spitzer, seines Zeichens Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ulm, empfohlen. Vereinbart wurde, dass ich Jan und Eric zwecks Verlaufskontrolle in drei Monaten wieder in der Sprechstunde sehe und dabei unter anderem auch eine kurze testpsychologische Nachkontrolle durchführe.

Der Schock

Was dann passierte, hat meine Arbeit mit ADHS-Betroffenen nachhaltig verändert. Es war ein kleiner Schock, wie ich ihn schon einmal vor 15 Jahren erlebte. Damals realisierte ich bei einer erwachsenen Patientin zum ersten Mal, dass sich eine ADHS mit der Pubertät nicht immer auswächst und dass auch Erwachsene von der medikamentösen Therapie mit Stimulanzien profitieren können. Was ist passiert?

Wie vorgesehen habe ich nach rund drei Monaten Frau und Herrn Hoffmann wieder in der Sprechstunde gesehen. Sie schienen wie verwandelt, strahlten beide wie Maikäfer und vermochten fast nicht zu erwarten, mir erzählen zu dürfen, was zwischenzeitlich alles lief. Folgendes ist geschehen:

Frau Hoffmann hat sich über das Thema Bildschirmmedienkonsum bei Kindern sachkundig gemacht. Ihre Freundin, eine Bibliothekarin, war ihr behilflich, an die entsprechenden Bücher und Informationen heranzukommen. Das Gespräch bei mir hätte ihr so viel Kraft gege-

ben, ihren Mann so lange zu bearbeiten, bis er in eine hundertprozentige TV-Diät eingewilligt habe. Fernseher und die Spielkonsolen seien an einem Freitagabend auf dem Dachboden versorgt worden. Eric und Jan seien dermassen überrascht und perplex gewesen und es sei alles so fix gegangen, dass es gar nicht zu Streit gekommen sei. Eric hätte sogar mitgeholfen und noch die Kabel des Fernsehapparates auf den Dachboden gebracht.

Am darauf folgenden Samstagnachmittag hätten der Vater und die beiden Buben zwei alte Gartenstühle und einen alten Rasenmäher in die Entsorgungsstelle der Gemeinde gebracht und dabei im Alteisencontainer ein noch gut aussehendes Fahrrad entdeckt. Man habe dies herausgefischt und nach Hause transportiert. Herr Hoffmann und seine Buben hätten dann angefangen, das alte Velo instand zu setzen. Da doch mehr zu tun war, als anfänglich gedacht, zogen sich die Arbeiten bis Donnerstag der kommenden Woche hin. Es waren aber nicht etwa Ferien, sodass die Reparatur-, Einstell- und Reinigungsarbeiten an diesem Fahrrad abends, nach dem gemeinsamen Essen, gemacht wurden.

Beide Buben arbeiteten voller Elan mit, berichteten mir die Eltern. „Keine Lust haben“ war irgendwie gar kein Thema. Es schien, als würde die frei werdende Zeit automatisch gefüllt durch das Interesse an diesem Velo und die Freude an der Zusammenarbeit mit dem Vater, berichtete Frau Hoffmann.

Die Fahrrad-Story

Weil alle Familienmitglieder bereits Fahrräder besassen, stellte sich dann bald die Frage, was mit dem reparierten Velo geschehen soll. Einer der Buben kam auf die Idee, dass es verkauft werden könnte, erzählte Herr Hoffmann.

Schliesslich entschieden Vater und die beiden Buben, das Fahrrad am Samstag bei „Ricardo“ zu versteigern, was sie dann auch gemeinsam taten. Das erforderte eine gewisse Vorbereitung, da die Familie mit Versteigerungen bei „Ricardo“ noch keine Erfahrungen

hatte. Gemeinsam wurden die Bedienungsanleitung und die AGB ausgedruckt und studiert. Am darauf folgenden Samstagvormittag wurde das reparierte und herausgeputzte Fahrrad von Eric fotografiert.

Jan und sein Vater haben die Aufnahmen dann mit einem Fotobearbeitungsprogramm nachbearbeitet. Jan habe das zum ersten Mal gemacht und sei sehr begeistert gewesen. Eric habe schliesslich einen Textentwurf geschrieben, welcher dann im Team, wie Herr Hoffmann hervorhob, ergänzt und überarbeitet wurde.

Schliesslich wurde das Inserat in „Ricardo“ erfasst und die Fotos auf den Server hochgeladen. Startpreis war ein Franken. Durch diesen niedrigen Startpreis sollten möglichst viele Interessenten angelockt werden, habe Eric argumentiert.

Am gleichen Samstagnachmittag suchten Herr Hoffmann und seine beiden Buben erneut den Werkhof auf und sind im Alteisencontainer – wie erhofft – aufs Neue fündig geworden.

Eine Woche später war die erste Versteigerung beendet, die zweite wurde gestartet. Am Sonntag holte der Käufer sein Fahrrad ab und der Vater und seine beiden Buben haben besprochen, was mit dem Erlös – es waren 46 Franken – passieren soll. Es wurde entschieden, für einen Fahrradmontageständer zu sparen.

Wie es weiter lief, können Sie sich vorstellen. Jeden Abend wurde im Internet bei „Ricardo“ nachgesehen, wie der Stand der Dinge ist. Gemeinsam mit dem Vater wurden allfällige Fragen von Interessenten zuerst besprochen und dann per Internet beantwortet. Zwischenzeitlich seien sie schon recht gut ausgerüstet und mit dem Verkaufserlös würde das Taschengeld der Kinder mitfinanziert. Auch habe man mit dem Erlös neue Werkzeuge kaufen können.

Jan sei ein richtiger Profi in Sachen Bildbearbeitung geworden. Er bediene zwischenzeitlich das Programm „Photoshop Elements“, als hätte er nie etwas anderes gemacht. Und Eric habe vor – auch wenn er noch nicht vierzehn Jahre alt sei – in den nächsten Ferien eine

Schnupperlehre als Zweiradmechaniker zu absolvieren. Er möchte zwar diesen Beruf nicht erlernen, erhoffe sich aber, Knowhow zu gewinnen, um die Fahrräder noch besser reparieren zu können.

Auch wenn die beiden Buben nach wie vor Mühe beim Erledigen der Hausaufgaben bekundeten, schien sich die gesamte ADHS-Problematik doch ganz erheblich entschärft zu haben. Frau Hoffmann erzählte, dass Jan von sich aus begonnen habe, Bücher zu lesen. Es sei gar kein Thema gewesen, der Knabe habe einfach so damit begonnen.

Die Stimmung in der Familie sei entspannter und von den Lehrpersonen beider Buben sind positive Rückmeldung gekommen. Herr Hoffmann berichtete stolz, wie schnell Eric begriffen habe, einen Lenkervorbau anzupassen und wie gut Jan schon den Gangwechsel bei einem Fahrrad mit Kettenschaltung einstellen könne. Schliesslich sagte Frau Hoffmann, dass auch das Eheleben eine erfreuliche Wendung zum Guten genommen habe.

Aufgrund der sehr positiven Entwicklung wurde auf eine Verlaufskontrolle mit den Buben verzichtet. Wir sind so verblieben, dass sich Herr und Frau Hoffmann wieder bei mir melden, falls erneut Probleme auftauchen. Ich hörte nichts mehr. Einen Monat später erhielt ich noch eine E-Mail der Arbeitskollegin der Mutter, deren Tochter ebenfalls an einer ADHS litt. Beeindruckt durch die positive Veränderung habe auch sie in ihrer Familie einschneidende Umstellungen in Sachen TV und Computer vorgenommen, was sich extrem positiv ausgewirkt habe.

TV weg – Veloprojekt her – ADHS weg?

So erfreulich der Verlauf für diese Familie war, mir hat die ganze Geschichte sehr viel zu denken gegeben. Immerhin war ich mir ja sicher, dass eine ADHS vorliegt. Ich wäre auch bereit gewesen, einen Behandlungsversuch mit einem anderen Medikament zu unterstützen. Und nun? „TV weg – Veloprojekt her – ADHS weg?“, frag-

te ich mich. Kann das überhaupt sein? Ich musste mich regelrecht kneifen, um meine Gedanken einigermassen vernünftig sortieren zu können.

Den Eltern und vor allem den Vätern empfehle ich ja seit jeher (und leider vielfach relativ erfolglos), mehr Zeit mit ihren Kindern für aktive Freizeitaktivitäten aufzuwenden. Die neue Qualität bestand darin, einen noch bewussteren Umgang mit den Bildschirmmedien anzustreben, was bei Patientinnen und Patienten aus meiner Praxis bisher immer darauf hinauslief, diesen radikal zu reduzieren.

An einem gab es nichts zu rütteln: In der Familie Hoffmann führte diese Veränderung im Konsumverhalten von Bildschirmmedien zu einer massgeblichen Reduktion der ADHS-Problematik. Und dies in einem Ausmass, von dem ich als Psychotherapeut normalerweise nur träumen kann.

Genauer hinsehen

Nach der Erfahrung mit der Familie Hoffmann habe ich begonnen, mich intensiver auch theoretisch mit diesem Thema zu befassen und bei allen künftigen Abklärungen eingehend auch das Bildschirmmedienkonsumverhalten und deren Folgen zu erfassen. Ich war erstaunt, dass schon dermassen viele empirische Untersuchungen zu diesem Thema vorlagen.

Ich habe einen Fragebogen verfasst, welchen die Eltern bei Abklärungen ihrer Kinder ausfüllen. Erfragt wird unter anderem, was genau und von wann bis wann das Kind in den letzten Tagen ferngesehen hat. Weitere Fragen betreffen Computer- und Konsolenspiele (also was und wie viel), den Internetkonsum, ob die Kinder Fernsehen oder Computer im Zimmer haben, seit wann sie ein Handy besitzen und andere relevante Fragen. Die Eltern haben zudem die Gelegenheit, anzugeben, zu welchen positiven und welchen negativen Auswirkungen der Bildschirmmedienkonsum bei ihrem Kind führt.

Zwischenzeitlich habe ich mehrere Hunderte dieser Fragebögen gesichtet. Leider fehlt mir die Zeit, diese Angaben zum Medienkonsumverhalten und der mögliche Zusammenhang mit der Art und dem Verlauf der Probleme des Kindes statistisch auszuwerten. Zusammenfassend kann ich aber Folgendes festhalten:

Die TV- und DVD-Zeiten meiner jungen Patientinnen und Patienten sind fast ausnahmslos hoch. Es gibt natürlich grosse Schwankungen nach oben und nach unten, aber die überwiegende Zahl der Kinder in meiner Praxis sieht rund zwei Stunden pro Tag fern. Bei Kindern aus meiner Praxis, welche älter als 13 Jahre alt sind, kommt es nicht selten vor, dass drei und mehr Stunden pro Tag ferngesehen wird. An Wochenenden heisst im Fragebogen häufig: vier oder fünf Stunden. Und immer wieder einmal steht einfach nur „ganzer Tag“ geschrieben.

Nun könnte man dem entgegenhalten, dies sei heute normal und alles andere als übertrieben. Und tatsächlich: Aktuelle Studien aus Deutschland ermittelten bei Jugendlichen eine durchschnittliche TV-Zeit von 110 Minuten pro Tag und ein Internet-Tageskonsum von durchschnittlich 135 Minuten aus. Durchschnittswerte hin oder her: Zwei, drei oder mehr Stunden Bildschirmmedienkonsum pro Tag sind definitiv zu viel. Das sagt alleine schon der gesunde Menschenverstand.

Bei der Frage nach den Sendungen, die die Kinder ansehen, erwähnen die Eltern oft Filme, welche nach 20:00 Uhr gezeigt werden. Dazu gehören auch die Standardkrimis. Diese werden oft schon von Neunjährigen gesehen. Immer wieder lese ich in diesen Fragebögen, dass die Kinder auch morgens vor der Schule und über Mittag fernsehen. Erstaunlich ist der doch sehr hohe Konsum von Bildschirmmedien und die folgenlose Risikoeinschätzung insofern, da wir in unserer Praxis mehrheitlich Familien betreuen, welche aus der Mittelschicht kommen.

„… macht aggressiv!“

Bei der Aufzählung der Konsole- und Online-Games erschrecke ich immer wieder, was den Kindern alles erlaubt wird. Bezüglich dem DVD- und Spielkonsum von Jugendlichen stelle ich immer wieder fest, dass die Eltern zwar ungefähr benennen können, womit die Kinder gamen, inhaltlich aber gar keine Ahnung haben, was sich an Brutalität in vielen dieser Spiele und Filme abspielt.

Bei der Frage nach den positiven und negativen Auswirkungen schildern mir die Eltern im Fragebogen kaum positive, aber umso häufiger negative Auswirkungen. Am meisten lese ich: „Macht aggressiv!“ Oder: „Kann sich nachher nicht konzentrieren“. Das ist schon sehr erstaunlich, da diese Feststellungen ja eigentlich dazu führen müssten, dass Eltern den Konsum von Bildschirmmedien ihrer Kinder ändern. Dies ist aber nicht der Fall.

Diese Feststellung mache nicht nur ich in meiner Praxis, sie wurden auch in Untersuchungen bestätigt. So fanden im Jahr 2010 in einer repräsentativen Studie zum Bildschirmmedienkonsumverhalten in Deutschland 80 % der Eltern, dass der Internetkonsum gefährlich ist. Nur ein Bruchteil aber verwendet Schutzfiltersoftware, welche ungeeignete Inhalte automatisch ausfiltern.

Man liest und hört ja immer wieder, dass den Kindern ermöglicht werden soll, sogenannte Bildschirmmedien-Kompetenzen zu erwerben. Ich bin davon abgekommen. Wer Bildschirmmedien-Kompetenzen benötigt, sind die Eltern.

Zuerst Bildschirmmedien-Entzug, dann Ritalin

Ich erwähnte vorhin, dass mich die Erfahrungen mit der Familie Hoffmann sehr verunsichert haben. Seit dieser Zeit rate ich in all jenen Fällen, in welcher ein hoher Bildschirmmedienkonsum evident ist, vor einem definitiven Entscheid für einen medikamentösen Behandlungsversuch zu einem vorgängigen dreimonatigen Absetzen von TV und schnellen Computerspielen.

Von vielen dieser Familien habe ich gar nichts mehr gehört, was natürlich nicht zwingend bedeutet, dass mit der Veränderung des Konsums von Bildschirmmedien tatsächlich die Probleme reduziert werden konnten. Ich habe allerdings auch keinen Anlass, das Gegenteil anzunehmen. Und immerhin kommt es doch immer einmal wieder vor, dass ich von den Familien oder den zuweisenden Ärzten positive Rückmeldungen erhalte.

Verursacht Bildschirmmedienkonsum ADHS?

Heisst das alles nun eigentlich, dass ADHS in der Folge eines überhöhten Bildschirmmedienkonsums entsteht? Einiges deutet tatsächlich darauf hin. Auch wissenschaftliche Studien weisen in diese Richtung. Trotzdem: Ich habe in meiner Arbeit bisher keine Beobachtungen machen können, welche auf einen zwingenden Kausalzusammenhang zwischen ADHS und Bildschirmmedienkonsum hinweisen könnten. So behandelte ich beispielsweise eine ganze Reihe von Kindern mit einer ADHS, deren Eltern eine Landwirtschaft betreiben. Diese Kinder sind oft draussen, haben vielen Kontakt mit der Natur, schauen kaum fern – und leiden trotzdem an einer ADHS. Ausserdem stelle ich immer wieder fest, dass sich bei meinen jungen Patientinnen und Patienten relevante ADHS-Symptome schon sehr früh in der Kindheit manifestierten, zu einem Zeitpunkt also, an welchem Bildschirmmedien noch gar keine Wirkung entfalten konnten.

Ich weiss aber zwischenzeitlich aus meinen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit ADHS-Betroffenen, dass ein problematischer Konsum von Bildschirmmedien die ADHS-Problematik eines Kindes massgeblich *verschärfen* kann. Und ich bin mir heute sicher, dass positive Veränderungen im Bildschirmmedienkonsumverhalten bei sehr vielen Kindern den Therapieverlauf positiv beeinflussen können. Dabei geht es nicht um ein Entweder-Oder (also „Velo-Projekt“ statt Ritalin), sondern darum, dass eine Behandlung von Kindern mit einer ADHS massgeblich optimiert werden kann,

wenn die leider häufig vorliegende Medienkonsum-Problematik mit reflektiert und modifiziert wird.

Neue Herausforderungen

Seit 2007 und den Erfahrungen mit der Familie Hoffmann ist in Sachen Bildschirmmedienkonsum in meiner Praxis einiges gelaufen. Meinen jungen Patientinnen und Patienten, deren Eltern, und auch mir stellen sich komplett neue Probleme. Zwei von unzähligen Beispielen:

Cyber-Mobbing

Anlässlich eines therapeutischen Elterngespräches legte mir der Vater von Vanessa, einer 13-jährigen ADHS-Patientin, einen Brief eines Rechtsanwaltes vor. Es ging um sogenanntes Cyber-Mobbing. Der Brief enthielt einen mehrseitigen Ausdruck mehrerer nächtlicher MSN-Chat-Dialoge, in welchem Vanessa auf primitivste Art und Weise und gemeinsam mit anderen ein Mädchen aus der Klasse fertig machte. Sie verwendete dabei einen „Jugo-Slang“ und sparte auch nicht mit üblen sexistischen Erniedrigungen. Speziell an der Angelegenheit war, dass Vanessa von der Psychotherapie und der Therapie mit Medikamenten gut zu profitieren vermochte. Sie wurde zwischenzeitlich auch eine gute Schülerin. Das Mädchen stammt aus gutem Hause, die therapeutische Zusammenarbeit klappte auch mit den Eltern gut. Konflikte gab es eigentlich nur noch zu Hause und wenn, dann im Zusammenhang mit dem iPhone oder dem Internet-Konsum.

Die Eltern fanden unter anderem heraus, dass sich Vanessa bei Freundinnen einen neuen Facebook-Account eröffnete (dies war ihr zu Hause wegen früherer Vorfälle verboten worden) und sich von da aus mit wildfremden Leuten auch über Sex unterhielt, wobei es mehr um eine gegenseitige primitive sexuelle Anmache ging.

Die Eltern, und ehrlich gesagt auch ich, waren schockiert. Dass das Mädchen nachts das iPhone der Mutter klaute, konnte ich mir schon irgendwie noch vorstellen. Dass dieses intelligente und

freundliche Mädchen aber dermassen unter der Gürtellinie auf andere losging und sich dabei einer derart primitiven Sprache bediente, hätte ich mir nie und nimmer gedacht. Der Konsum dieser Medien scheint die Menschen zu verändern und sie zu Verhaltensweisen zu animieren, welche in keiner Weise ihrem Charakter entsprechen.

Cyber-Trauerarbeit

Vorfälle dieser Art begegneten mir in den letzten Jahren immer wieder. Ich könnte Ihnen jetzt Dutzende von Beispielen aufzählen. Ich beschränke mich auf ein Erlebnis mit der damals 16-jährigen Anja, welche zu diesem Zeitpunkt schon seit drei Jahren von mir behandelt wurde.

Anja war schwer hyperaktiv. Trotz medikamentöser Behandlung und anderen therapeutischen Massnahmen waren ihre Fingernägel immer extrem weit abgekaut und sicherlich ein Finger blutete jedes Mal, wenn ich das Mädchen in der Sprechstunde sah. Anja war zudem hochbegabt, was dazu führte, dass sie von Schulbeginn an und zusätzlich zu der ADHS eine Sonderrolle einnahm. Sie zeigt auch gewisse autistische Züge. Schulisch ging es Anja zwischenzeitlich ordentlich gut. Sie besucht mit ordentlich guten schulischen Erfolgen ein privates Gymnasium. Ich sah sie nur noch sporadisch zur Kontrolle in der Sprechstunde.

Die Mutter von Anja rief mich also an und teilte mit, dass es ihrer Tochter psychisch sehr schlecht gehe. Es könnte sich um eine Depression handeln. Sie spreche davon, nicht mehr leben zu wollen.

Anja berichtete mir dann in der Sprechstunde weinend, dass ihr Freund gestorben sei. Es habe einen Fahrradunfall gegeben. Da mir neu war, dass Anja einen Freund hatte, fragte ich nach. Sie erzählte mir ausführlich von dem Jungen, mit welchem sie seit einem dreiviertel Jahr zusammen sei, und zeigte mir auf einem USB-Stick auch ein Foto von Loris.

Ob die Möglichkeit bestehe, dass sie zur Beerdigung gehe, fragte ich Anja. Sie schüttelte den Kopf. Loris sei aus Deutschland. „Und?“, fragte ich. „Deine Eltern fahren dich sicher zur Beerdi-

gung.“ Sie wisse nicht, wo Loris wohne, sagte Anja. Ich stutzte. Schliesslich kam heraus, dass es sich um eine virtuelle Freundschaft handelte. Anja hatte diesen Jungen nie persönlich getroffen und nie mit ihm gesprochen. Sie hatten nur via MSN und später via Facebook Kontakt miteinander. Vom Tod von Loris erfuhr Anja durch eine seiner (möglicherweise ebenfalls virtuellen) Kollegen, welche in Anjas MSN-Kontaktliste aufgeführt waren.

Anja ging es psychisch wirklich schlecht. Sie machte sich Vorwürfe, am Tod des Jungen mitschuldig zu sein. Sie habe ihm kurz vor seinem Tod von ihren Problemen erzählt. Er sei der einzige Mensch gewesen, welche ihr Vertrauen gehabt habe. Loris habe sich immer viel Sorgen um sie gemacht und habe wahrscheinlich deswegen beim Velo fahren nicht richtig aufgepasst. Anjas Fantasien schossen ins Unermessliche. Sie hatte im virtuellen Raum keine Chancen, ihre Vorstellungen zu überprüfen und damit zu korrigieren. Sie konnte auch nicht die Mutter des Jungen anrufen und fragen, was wirklich los war. Der Kollege, welche Anja den Tod von Loris meldete, war nicht mehr auffindbar.

Mit so einer Situation war ich in meiner Praxis noch nie konfrontiert. Die Grenzen des Virtuellen zum Realen schienen zu verschwimmen. Mein Gehirn arbeitete auf Hochtouren. Aufgrund der doch sehr konkreten Suizidgedanken stand ich kurz davor, das Mädchen in die stationäre Kinderpsychiatrie einzuweisen. Aufgrund des doch guten therapeutischen Kontaktes und einem spontanen Einfall gelang es mir aber doch, Anja psychisch aufzufangen.

Wir sassen am nächsten Tag zusammen vor dem PC und googelten nach einem Online-Friedhof, um Loris virtuell beerdigen zu können. Zum Glück las ich vor einer Weile, dass es so etwas gibt. Wir vereinbarten für den Folgetag einen weiteren Sprechstundentermin, am welchem auch ihre Mutter anwesend war.

Anja hatte zwischenzeitlich auf dem Online-Friedhof ein virtuelles Grab vorbereitet. Es handelte sich quasi um eine erweiterte und multimediale Online-Todesanzeige. Anja suchte sich die pas-

sende Musik aus und wählte diejenigen grafischen Gestaltungselemente, welche ihrer Meinung nach zu Loris passten. Sie schrieb auch einen Abschiedstext. Zusammen mit der Mutter, welche den Ernst der Lage glücklicherweise sofort begriff, hat Anja dann das virtuelle Grab per Mausklick aktiviert, sodass es im Internet für alle sichtbar wurde. Zum Glück gelang es mir, Anja davon abzubringen, ein Foto von Loris zu veröffentlichen. Immerhin wussten wir ja weder, ob Loris tatsächlich Loris war, noch ob er lebte oder wirklich tot war.

Anja hat sich dann aufgefangen. Falls Berufskolleginnen oder -kollegen unter Ihnen sind, welche jetzt den Kopf schütteln, will ich noch erwähnen, dass Remo keine Anzeichen einer Psychose zeigte. Es handelte sich tatsächlich um eine intensive Trauerreaktion.

Völlig neue Herausforderungen

Vielleicht fragen Sie sich, warum ich Ihnen nach der Geschichte der Familie Hoffmann noch von Vanessa und Anja berichte. Ich will Ihnen damit verdeutlichen, dass nicht nur Sie als Eltern, sondern dass auch wir Psychotherapeuten, Lehrkräfte und andere durch die medialen Umwälzungen vor völlig neue Herausforderungen gestellt werden. Die Entwicklung der Neuen Medien geht dermassen schnell vor sich, dass wir Erwachsenen gar nicht wirklich mithalten können. Was bleibt ist, dass Sie als Eltern und wir uns als Fachpersonen auf den Weg machen müssen, um zu begreifen, was da so schnell passiert.

Fundamentalismus?

Vielleicht mag der oder die Eine oder Andere unter Ihnen denken, ich gehöre zu einer Sekte oder zu einer Gruppierung fundamentalistischer und medienkonservativer Fachleute, welche die Neuen Medien pauschal verteufelt und darin nur alles Negative sieht.

Ich kann Sie beruhigen. Den Neuen Medien stehe ich prinzipiell positiv gegenüber. Denken wir beispielsweise an all das Wissen, welches durch das Internet für jeden zugänglich wurde. Früher musste man privilegierten Schichten angehören, um Zugang zu Wis-

sen zu erhalten. Ganz anders heute. So habe ich auf meinen Reisen in die Sahara Nomadenschulen kennengelernt, in welchen das Internet vor allem für Mädchen der Schlüssel zur Welt darstellt.

Und Sie wissen es bestens: Mit einem Gewehr kann man jagen und jemanden erschiessen. Und mit einem Computer kann man Langstreckenraketen steuern und robotergestützte chirurgische Eingriffe durchführen. Es ist also nie eine fundamentalistische Frage, die auf radikales „Richtig / Falsch“ oder „Gut / Böse“ hinausläuft. Es ist immer die Frage, wie und wofür etwas gut oder schlecht sein soll.

Die wichtigsten Forschungsresultate

Bevor ich zum Abschluss und einer Zusammenstellung mit konkreten Tipps komme, möchte ich Ihnen einige Schlussfolgerungen aus der empirischen Forschung über den Zusammenhang von ADHS und Bildschirmmedienkonsum vorstellen.

Festhalten kann ich, dass unter Fachleuten unterschiedliche Positionen vertreten werden. Es ist wie beim Thema ADHS oder beim Klima, wo sich bis heute immer wieder Experten finden lassen, welche den vom Menschen erzeugten Klimawandel oder die Existenz der ADHS bezweifeln oder gar explizit verneinen. Ihnen als Eltern kann ich empfehlen, sich vor allem an den gesunden Menschenverstand zu halten und Ihren eigenen Wahrnehmungen zu trauen.

Soweit ich es bis jetzt beurteilen kann, gelten folgende Feststellungen als gesichert – und zwar gesichert in dem Sinne, dass es sich nicht einfach um persönliche Meinungen handelt, sondern um Resultate von empirischen und teils über viele Jahre fortlaufende wissenschaftliche Untersuchungen.

Erwähnen möchte ich an dieser Stelle, dass in wissenschaftlichen Untersuchungen *statistische* Zusammenhänge aufgezeigt werden. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen zwei Ereignissen bedeutet dabei nicht, dass die Ursache X bei der Person Y *zwingend* zu diesem oder jenem Verhalten führt. Beispiel: Etwa 9000 Personen

sterben in der Schweiz jedes Jahr an den Folgen des Tabakkonsums. Das ist fast 20-mal mehr als bei Verkehrsunfällen. Rauchen ist also nachweislich sehr, sehr gefährlich. Und trotzdem werden einige wenige Raucher 90, 95 Jahre alt (oder noch älter). Also für den Einzelfall sagen Statistiken nichts aus.

Zu den Resultaten:

1. In Studien mit Tausenden von Kindern wurde nachgewiesen, dass ein TV-Konsum die kognitive Entwicklung sowie die Gesundheit von Kindern nachhaltig beeinträchtigen kann.
2. Je früher Kinder fernsehen und je länger sie dies tun, umso ausgeprägter können Störungen verschiedener Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsfunktionen ausfallen.
3. Tägliche Fernsehnutzung geht statistisch einher mit Störungen im Schriftspracherwerb, mit Schlafproblemen und aggressivem Verhalten.
4. Je mehr Zeit Schülerinnen und Schüler mit Medienkonsum verbringen und je brutaler dessen Inhalte sind, desto schlechter fallen die Schulnoten aus.
5. Je mehr TV die Kinder sehen, umso geringer ist ihre Lesemotivation.
6. TV- und PC- und Videogame-Konsum verstärken ADHS-Symptome.
7. Studien zeigen, dass von einer ADHS betroffene Kinder und Jugendliche aufgrund der neuropsychologischen Gegebenheiten dieses Störungsbildes anfällig sind für die Entwicklung einer Computerspielsucht.
8. Gewaltdarstellung in Medien erzeugen Reaktions- und Verhaltensmuster, welche unter bestimmten Rahmenbedingungen in manifeste Aggressionen münden können.

Meiner persönlichen Beurteilung nach decken sich die Forschungsresultate der letzten Jahrzehnte mit meinen eigenen Beobachtungen.

Sie bestätigten mir quasi im Nachhinein das, was ich selbst bei Hunderten von Kindern mit einer ADHS beobachtet habe.

Empfehlungen

Abschliessend zu meinen konkreten Empfehlungen. Behalten Sie bitte im Auge, dass jede Familie ihren eigenen Weg finden muss, um mit den neuen multimedialen Hausforderungen irgendwie zurechtzukommen. Fertige Rezepte habe auch ich nicht.

Berücksichtigen Sie bitte ausserdem, dass es Zeit braucht, klare Regeln zum Bildschirmkonsum in der Familie aufzustellen. Und vergessen Sie nicht, dass Sie diese Regeln dann auch durchsetzen müssen. Also bitte keine Schnellschüsse.

Und ganz wichtig: Mutter und Vater müssen sich auch bezüglich Bildschirmkonsum eine „Unitè du Doctrine“ (einen gemeinsamen und konsequenten Erziehungsstil) erarbeiten. Wenn nicht beide Elternteile am selben Strick ziehen, gehen die Chancen gegen Null, der multimedialen Übermacht eine Portion Vernunft und gesunden Menschenverstand entgegenzuhalten.

Gerade bei etwas älteren Kindern ist es wichtig, dass die Eltern ihre Massnahmen begründen können. Sie müssen vor allem selbst daran glauben, dass Ihre Haltung richtig ist. Dazu ist zu empfehlen, dass sich die Eltern sachkundig machen.

Zu den Tipps:

1. Meine Ausführungen sind geeignet, Schuldgefühle von Müttern mit ADHS-Kindern zu verstärken. Immerhin ist es Realität, dass TV, Nintendo und Handy-Games für Mütter zahlreicher Kinder mit einer unbehandelten ADHS die einzige Möglichkeit darstellt, um selbst einen Moment zur Ruhe zu kommen. Naheliegend, wenn diese Mütter nach meinen Ausführungen die Schlussfolgerung ziehen könnten, in der Erziehung definitiv versagt zu haben und halt doch schuldig für die Probleme des

Kindes zu sein. Der erste Tipp lautet daher wie folgt: Statt in Schuldgefühlen zu versinken, welche eh nur lähmen und niemandem wirklich nützen, sollten Eltern jetzt und in Zukunft Verantwortung für das Thema Bildschirmmedienkonsum übernehmen – und handeln. Da liegt Potential drin (und nicht beim Grübeln über all die Fehler und alles Versäumte in der Vergangenheit). Positive Entwicklungen sind selbst nach katastrophalen Zuständen in Sachen Bildschirmkonsum möglich. Das sah ich nicht nur bei der Familie Hoffmann.

2. Kinder mit oder ohne ADHS sollten meiner persönlichen Meinung nach so wenig wie möglich fernsehen. Am besten gar nicht.
3. Falls die Eltern auf TV nicht verzichten möchten: Pro Tag nicht mehr als 30 Minuten Bildschirmmedienkonsum (also TV + DVD + Internet zusammengefasst). Und das alles erst ab dem Schulalter.
4. Eltern sollen nicht nur die Zeit begrenzen, sondern auch die Inhalte der konsumierten Bildschirmmedien bestimmen. Dazu kommen Eltern nicht umhin, sich Zeit zu nehmen und sich damit auseinanderzusetzen, womit die Kinder genau spielen. Versuchen Sie ruhig auch einmal, sich einen der Horror-Videos anzusehen, welche Jugendliche konsumieren, als wäre es ein harmloser Trickfilm. Sie sollten dies aber nicht alleine tun und sich vorgängig Möglichkeiten für eine psychologische Unterstützung organisieren. Manche der Horrorfilme sind derart brutal, dass nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene traumatisiert werden können.
5. Bei der Beurteilung der Inhalte lade ich Sie ein, auf die angegebenen Alterslimiten zu pfeifen. Diese werden nämlich weder von einer Ethikkommission oder von Elternorganisationen, sondern von der Spielindustrie definiert. Deren Interesse gilt ausschliesslich einem hohen Profit. Nur Sie als Mutter oder Vater sollen entscheiden, was Sie Ihrem Kind zumuten wollen.

6. Mütter: Verlasst Euch auf den gesunden Menschenverstand. Wenn Ihr nicht wollt, dass eure Kinder Baller-Games spielen und Krimis schauen, setzt euch durch!
7. Während auf TV auch ganz verzichtet werden kann, stellen Computer und Internet eine wertvolle Möglichkeit dar, sich sozial besser zu vernetzen und sich Wissen anzueignen. Auch Computerspiele haben durchaus ihre Berechtigung, die Frage ist nur welche. Meine Empfehlung: Beschränken Sie sich auf Computerspiele, bei welchen die Kinder mit Punkten oder einem höheren Level belohnt werden, wenn sie nachdenken und nicht nur dann, wenn sie blitzschnell reagieren. Leider ist die Auswahl an Spielen, bei welchen wirklich kreativ gedacht werden muss, erschreckend klein. Kinder ab 10, 11 Jahren können aber in Begleitung eines Elternteils lernen, den Flugsimulator von Microsoft zu bedienen. Dieses Simulationsspiel gibt es seit 30 Jahren und wurde immer weiter entwickelt. Ein anderes Beispiel sind Schachprogramme oder einfache Bildbearbeitungsprogramme. Wichtig ist, dass die Kinder nicht einfach vor den PC gesetzt werden, sondern dass sich der Vater oder die Mutter die notwendige Zeit nimmt, das Kind wenigstens zeitweise bei seinen Ausflügen in die virtuelle Welt zu begleiten.
8. Vertrauen ist gut, Kontrolle besser. Kontrollieren Sie, was Ihr Kind im Internet konsumiert. Sie können das mit geeigneten Filterprogrammen machen, welche auf dem PC installiert werden können.
9. Kontrollieren Sie auch regelmässig das Handy Ihres Kindes. Haben Sie keine Angst, es stellt keinen Eingriff in die Privatsphäre dar, sondern zählt zu den vorsorglichen Massnahmen, für welche die Eltern verantwortlich sind. Konkret schlage ich jeweils Folgendes vor: Das Kind soll eine erwachsene Person Ihres Vertrauens vorschlagen, welche alle zwei Wochen das Handy und deren Inhalte kontrolliert. Diese Person sichert dem Kind zu, persönliche Inhalte nicht weiterzutragen. Das Kind muss ganz genau wissen, was nicht drin liegt. Für die meisten

Familien sind das Bild- und Videomaterial mit sexuellen oder gewalttätigen Inhalten, keine Mobbing-Filmchen, keine Kontaktpflege mit unbekannten Personen.

10. Spielen ist ein wichtiges Element der Kindheit. Kinder lernen viele Dinge spielerisch und spielend erfahren Kinder ihre Umwelt. Auch in der digitalen Welt hat das Spielen für Kinder einen hohen Stellenwert. Computer spielen ist für Kinder eine der häufigsten Nutzungsformen des Computers. Geben Sie Ihren Kindern aber besser die Gelegenheit zum echten Spiel und zu echten sinnlichen Wahrnehmungen. Also nicht nur zweidimensionale Welten, welche die Entwicklung eines gesunden Wahrnehmungssystems behindern, sondern hauptsächlich 3-dimensionale Erlebnisse, die das Wahrnehmungsvermögen des ganzen Körpers und vor allem aller Sinne ansprechen.
11. Auch wenn es vielen Eltern nicht passt: Gleichaltrige, sogenannte Peergruppen, haben ab einem bestimmten Alter einfach mehr Einfluss auf Kinder als die Eltern. Kinder wollen irgendwann durch Gleichaltrige anerkannt werden. Sie wollen „ankommen“ und im Mainstream mitschwimmen. Im Klartext heisst das leider oft, dass ein Kind, welches nicht dieses oder jenes PC-Spiel hat oder spielen darf oder diesen oder jenen Film nicht gesehen hat, von der Gruppe ausgelacht oder gar ausgeschlossen wird. Ich habe in der Praxis immer wieder Kinder, welche massiv darunter leiden. Trotzdem: Würde Ihr Kind mit Gleichaltrigen kiffen oder Bier trinken, wäre es sonnenklar, dass Sie sofort intervenieren würden. Soziale Anerkennung durch Gleichaltrige hin oder her. Tun Sie das bitte auch hinsichtlich Bildschirmmedien. Die Folgen eines zu hohen Konsums von Bildschirmmedien können schlimmer sein, als ein ein- oder zweimaliges Ausprobieren von Cannabis.
12. Wie schon gesagt: Jede Familie muss ihren eigenen Weg finden, mit all diesen Herausforderungen zurechtzukommen. Die Nutzung des Computers und des Internets ist aus dem heutigen Leben nicht mehr wegzudenken und auch der völlige Verzicht da-

rauf bringt die ADHS-Symptome nicht zum Verschwinden. Sie als Eltern können aber durch eine aktive, massvolle und kritische Regulierung des Konsums Neuer Medien durchaus dazu beitragen, dass verschiedene ADHS-Symptome gemildert und abgeschwächt werden können und somit – ergänzend zu Massnahmen und Therapien – eine wichtige Hilfe für Ihr Kind darstellen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Kritisches zum herrschenden ADHS-Diskurs

Piero Rossi (2012)

Einleitung

Spätestens dann, wenn Interessierte im Internet nach Informationen über die ADHS Ausschau halten, stellen sie fest, dass diese Thematik sehr, sehr kontrovers diskutiert wird. Zahlreiche Internetseiten vertreten einseitige und zum Teil fundamentalistisch anmutende Positionen, in welchen die Existenz der ADHS als Störungsbild teilweise komplett negiert wird. Andere ADHS-Websites wiederum (oftmals handelt es sich um Kommunikations- und Werbeplattformen der Pharmaindustrie) präsentieren die ADHS-Thematik unkritisch bis aalglatt.

Buchbesprechungen

Um interessierten Leserinnen und Lesern Einblick in die kritische Diskussion um die ADHS-Problematik Einblick zu gewähren, stelle ich im Folgenden zwei ADHS-Fachbücher vor.

- Müller, G. Candrian und J. Kropotov:
  ADHS - Neurodiagnostik in der Praxis
- Russel A. Barkley:
  Das grosse Handbuch für Erwachsene mit ADHS

Auch wenn es sich bei beiden Autoren um anerkannte ADHS-Spezialisten handelt und ich ihre Aussagen und Schlussfolgerungen in vielen Punkten teile, weise ich in den folgenden, erweiterten Buchbesprechungen auf grundsätzliche Probleme im Verständnis der ADHS und der von ihr Betroffenen hin und erlaube mir, auch kritische Fragen zum Wissenschaftsverständnis der beiden Autoren zu formulieren.

Buchbesprechung 1: Russel A. Barkley: Das grosse Handbuch für Erwachsene mit ADHS

Das Positive zuerst

Wer ein Buch sucht mit Informationen über Barkleys Modell der ADHS als Störung der Exekutivfunktionen sowie über die medikamentöse Therapie der ADHS, ist mit seinem Handbuch gut bedient. Das Buch ist inhaltlich recht übersichtlich gegliedert und visuell ansprechend gestaltet (auflockernde Informationsblocks mit Forschungsresultaten). Es enthält unter anderem interessante Informationen über ADHS und mit ihr zusammenhängende Probleme im Strassenverkehr, über ADHS und Drogen sowie eine erweiterte ADHS-Symptom-Checkliste und ein Literatur- und Stichwortverzeichnis.

Wenn Barkley Haare aus der Nase wachsen

Was nun kommt, ist weniger erfreulich. Um ehrlich zu sein: Angelangt auf Seite 55 musste ich mich zwingen, dass Buch nicht ein für alle Mal auf die Seite zu legen. Da ich mir fest vorgenommen habe, das Buch sorgfältig zu lesen und Barkley von früheren Publikationen her sehr schätzte, setzte ich die Lektüre fort. Ich nehme im Gegenzug Raum, um in dieser erweiterten Buchbeschreibung Aussagen von Barkley auch sehr Grundsätzliches zum herrschenden Verständnis der ADHS zu thematisieren.

Folgendes: Für Barkley ist eine ADHS-Diagnose ein „Passagierschein für ein besseres Leben“, welcher den Zugang zu Medikamenten und anderen Hilfsmitteln eröffnet. Barkley führt aus, dass nur der, welcher die Diagnose echt akzeptiert und seine ADHS annimmt, wirklich bereit ist für eine (medikamentöse) Therapie. Ohne Behandlung sei eine Abklärung nur Zeit- und Geldverschwendung.

Auch er selbst habe auch lernen müssen, sich mit seinen Defiziten zu akzeptieren. So habe er, schreibt Barkley, mittlerweile eine Glatze, dafür würden ihm Haare aus Nase und Ohren wachsen. Und er habe kein technisches Talent, sei unmusikalisch, sei zu 60%

farbenblind und könne nicht zeichnen. All diese „Unzulänglichkeiten“ habe er akzeptieren gelernt. Barkley rät erwachsenen ADHS-Betroffenen, es wie er selbst zu machen, nämlich die ADHS zu akzeptieren, zu lernen, zu lieben und ein produktives, glückliches Leben zu führen.

Dass die ADHS für Barkley eine „Unzulänglichkeit“ ist und er die Akzeptanz der ADHS vergleicht mit dem Akzeptieren einer Glatze oder der Unmusikalität, zeigt, wie wenig er davon versteht, was es heisst, an einer ADHS zu leiden, ja, was die ADHS ist. Es ist ein Affront. Ein Schlag ins Gesicht unzähliger ADHS-Betroffener, welche ein Leben lang infolge ihrer Impulsivität und Konzentrationsschwächen und deren Auswirkungen im Alltag irritiert, benachteiligt, ausgegrenzt und traumatisiert wurden. „ADHS akzeptieren“: welch ungeheuer grosse Worte. Wer diese Worte in den Mund nimmt, müsste wirklich etwas ganz, ganz Wichtiges zu sagen haben.

Barkley hat, wie er in diesem Buch beschreibt, seinen Zwillingsbruder Ron verloren, welcher an einer ADHS litt und bei einem - wahrscheinlich im Zusammenhang mit der ADHS stehenden - Verkehrsunfall verstarb. Warum er trotz diesem Erlebnis und all seinen Erfahrungen als führender ADHS-Forscher sich zu solchen ungeschickten Äusserungen hinreissen liess, kann ich nur spekulieren. Vielleicht hat ihn die Tatsache, dass er als weltweit führender ADHS-Experte seinem eigenen, von der ADHS betroffenen Bruder nicht helfen konnte, dermassen verletzt, dass er bis heute Emotionales rund um die ADHS und rund um das Schicksal der von ihr Betroffenen rationalisiert. Anders kann ich mir seine Äusserungen nicht erklären.
Weiter im Text.

Denken Sie nach, bevor sie etwas sagen

Barkley empfiehlt als Ergänzung zu der für ihn bei der Behandlung der ADHS über allem stehenden medikamentösen Therapie ausgerechnet Verhaltensweisen, welche er in vorausgehenden Kapiteln als eben jene identifizierte, welche ADHS-bedingt gestört sind und nicht

funktionieren können. Er rät zu Strategien, welche mehr oder weniger intakte Exekutivfunktionen voraussetzen (Selbststeuerung, Selbstbeherrschung, Planungskompetenzen usw.). Stichworte dazu aus dem Buch sind: „Denken Sie nach, bevor Sie etwas sagen", „Bleib motiviert", „Behalte den Überblick", „Führen Sie Listen", „Teilen Sie die Arbeit in kleine Etappen ein", „Bleiben Sie flexibel", „Erstellen Sie einen Finanzplan", „Heben Sie alle Kassenzettel auf" usw..

Da diese Strategien, wie Barkley selbst ausführlich darlegte, syndrombedingt nicht funktionieren können (wir wissen alle, dass sie bei Vorliegen einer ADHS nicht funktionieren), bedeutet das nichts anderes, als dass Barkley wider besseren Wissens unwirksame Empfehlungen abgibt. Nur, wieso tut er das? Ich komme darauf zurück.

Nehmen Sie Medikamente!

„Falls Sie noch keine Medikamente nehmen, sollten Sie jetzt darüber nachdenken." „Die Chancen stehen gut, … dass die dadurch ein völlig neues Lebensgefühl gewinnen werden." Und: „Das anfängliche Verleugnen einer ADHS-Diagnose ist nichts Ungewöhnliches" oder: „Es liegt in Ihrer Verantwortung, diesen Zustand (ADHS zu haben; Anm. PR) zu akzeptieren".

So und ähnlich ermahnt Barkley seine Leser immer und immer wieder, sich nun doch der medikamentösen Therapie zu öffnen. Weil nur 10 % der erwachsenen ADHS-Betroffenen auf Medikamente nicht ansprechen, so Barkley, würde der Verzicht auf die pharmakologische Therapie bedeuten, von der wirksamsten ADHS-Behandlung abzusehen. „Das wäre so, als würde ein Diabetiker auf Insulin verzichten". „So dumm bin ich sicher nicht!", schlussfolgern Leser mit einer ADHS oder anderen Leistungsstörungen spätestens nach dem dritten oder vierten Durchlauf dieser imperativ vermittelten Botschaften.

So wichtig die Rolle der Medikamente in der Behandlungskette der ADHS auch ist: Barkley übertreibt. Seine in fast jedem Kapitel mehrfach wiederkehrenden Appelle, sich einer medikamentösen

Behandlung zu unterziehen und die ebenso häufigen Hinweise auf die zentrale Bedeutung der ADHS-Medikamente, spielen jenen fundamentalistischen Kräften in die Hände, welche die ADHS als eine Erfindung der Pharmaindustrie brandmarken. Zudem: Dass neun von zehn erwachsenen ADHS-Patienten auf ADHS-Medikamente positiv ansprechen sollen, ist Quatsch. Aus meiner Erfahrung kann ungefähr die Hälfte der erwachsenen ADHS-Betroffenen von Medikamenten profitieren. Von Kolleginnen und Kollegen höre ich ähnliche Quoten.

Warum gibt Barkley Tipps, welche nicht funktionieren können?

Zurück zur Frage, warum Barkley Tipps abgibt, welche nicht funktionieren können. Einerseits könnte man diesen Empfehlungen zu Gute halten, dass Betroffene vielleicht dank der medikamentösen Therapie von diesen Tipps sehr wohl profitieren könnten. Leider nein. 90 % von Barkleys Tipps sind nicht ADHS-spezifisch und selbst für Menschen ohne ADHS ist es nahezu unmöglich, auch annähernd ein so perfekt gemanagtes Leben zu führen, wie das Befolgen von Barkley Ratschlägen es impliziert. Bei meinen erwachsenen ADHS-Patientinnen und Patienten, welche auf die Psychotherapie (und die Medikamente) ansprachen, brauchte allenfalls zwei, drei massgeschneiderte Hinweise, höchst selten aber Management-Ratgeber. Impulskontrolle und Planungsfragen pendelten sich mehr oder weniger gut von alleine ein.

Barkley suggeriert in seinem Buch (vor allem durch seine statistischen Vergleiche mit Personen mit und ohne ADHS), dass Menschen, die nicht von einer ADHS betroffen sind, sich verhaltensmässig und emotional beherrschen können, dass sie ein intaktes Zeitgefühl haben, dass sie ihre Finanzen im Griff haben, dass sie emotionale Erregung dämpfen und sich selbst motivieren können.

Barkleys Tipps zur Verbesserung der Selbstaktivierung, Fokussierung, Selbststeuerung und Selbstbeherrschung sowie seine Vergleiche mit Gesunden aus der Normbevölkerung und ihren vorgeblich so intakten Exekutivfunktionen führen dazu, dass ADHS-

Betroffene sich nach der Lektüre dieses Buches und mit dem Wissen, wie gut gemanagt man sein müsste, um gesellschaftlich mithalten und seine Gefühle auf gesellschaftlich akzeptierte Weise ausdrücken zu können, sowie nach gescheiterten Umsetzungsversuchen von Barkleys Tipps, noch dummer, unfähiger und ohnmächtiger fühlen als zu vor. Passend auch, wenn Barkley schreibt, dass mangelnde Kontrolle über das eigene Tun bedeute, keinen freien Willen zu haben. Ausserdem: Nur mit Selbstkontrolle (für Barkley gleichbedeutend mit Selbstbeherrschung und mit intakten Exekutivfunktionen) habe man die Fähigkeit, frei zu wählen.

Dass ADHS-Betroffene und andere Menschen mit Leistungs- und Anpassungsproblemen dann über kurz oder lang Barkleys eindringlichen Empfehlungen folgend bei ihrem Arzt nach besseren ADHS-Medikamenten nachfragen, ist naheliegend. Ob das wohl die Antwort auf die oben gestellte Frage ist, wieso Barkley Tipps gibt, von denen er weiss, dass sie nicht funktionieren können?

Positivistisches Wissenschaftsverständnis

Barkleys Buch ist gespickt von kurzen, teils informativen, teils eher verwirrenden Infoblocks zu den Resultaten von, wie schreibt, Tausenden von Studien. Immerhin: In der Einführung verspricht er Autor den Lesern, wissenschaftlich fundierte Erklärungen für den eigenen Zustand zu liefern. Diese Forschungsresultate werden von Barkley so dargestellt und vermittelt, als handle es sich um sakrosankte Bestätigungen für die Defizite von ADHS-Betroffenen und die Wirksamkeit der ADHS-Medikamente, um Beweise quasi, welche stellvertretend für die wahre Erkenntnis stehen. Die Kurzinfos zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen wirken in diesem Buch wie früher Zitate oder Verse aus der Bibel, mit welchen moralisierende Texte ‚zertifiziert' wurden. Sie verpflichten die Leser/-innen möglichst vor dem Aufkeimen kritischer Gedanken immer wieder auf eine höhere Macht, welche wohl weiss, was gut, richtig und wahr ist.

So wichtig Informationen aus der Wissenschaft auch sind, die Leser/-innen sollten der Redlichkeit halber wenigstens in einem

vorausgehenden Absatz doch auch erfahren können, dass Forschung mit Wahrheit und Neutralität nicht eben viel gemein hat. Dazu zwei Punkte:

„Wes Brot ich ess, des Lied ich sing“?

Die Finanzierung der ADHS-Forschung erfolgt vorwiegend mit Geldern der Pharmaindustrie (was natürlich nicht bedeutet, dass damit alle Resultate „gekauft“ und inhaltlich wertlos sind). Für die Leser/-innen wäre es aber wichtig zu erfahren, welche (wirtschaftlichen) Interessen den Untersuchungen über Wirkung der medikamentösen Therapie der ADHS zugrunde liegen. So nur können sie den Stellenwert der Forschungsresultate kritisch überdenken. Immerhin erfährt man in einer Fussnote auf Seite 127, dass Barkley von folgenden Firmen Honorare bezieht: Eli Lilly, Shire Pharmaceuticals, Novartis, Ortho-McNeil, Janssen-Ortho, Jannsen-Cilag und Medicis.

Ich kann es nicht verstehen, dass ein Hochschulprofessor sein schon gutes Gehalt mit Honoraren von Pharmaunternehmern weiter aufstockt und azus den offensichtlich bestehenden Interessenskonflikte keine persönlichen Konsequenzen zieht. Pharmaunternehmen notabene, welche ADHS-Medikamente herstellen, welche Barkley in seinen wissenschaftlichen ADHS-Ratgeberbüchern wohlwollend bespricht und explizit empfiehlt.

Forschung mit Zahlen statt mit Menschen

Im herrschenden Wissenschaftsverständnis besteht Forschung primär in experimentell-statistischen Verfahren zur Überprüfung von vorher festgelegten Hypothesen. Es geht dabei um postulierte Zusammenhänge zwischen Bedingungen und Ereignissen beziehungsweise um die Zusammenhänge zwischen sogenannt unabhängigen und abhängigen Variablen.

Mit anderen Worten, es geht um Wenn-Dann-Aussagen: Unter der Bedingung X zeigen Menschen das Verhalten Y oder Z. Dieses Wissenschaftsverständnis (also die Reiz-Reaktionsforschung), welches auch die Grundlage von Barkeys Forschung

bildet, ist umstritten, weil die Versuchsteilnehmer nicht etwa als Individuen mit ihrer je eigenen Biografie und eingebunden in konkrete gesellschaftliche Rahmenbedingungen verstanden und untersucht werden, sondern als Objekte, welche auf einen auf Aussenreize reagierenden Organismus reduziert werden. Forschungsresultate sagen also etwas darüber aus, wie sich Menschen (oder eben Objekte) unter fremdgesetzten und von ihnen unbeeinflussbaren Bedingungen und auf wenige Variablen reduzierte Bedingungen verhalten.

Oder mit anderen Worten: Komplexe psychische und gesellschaftliche Zusammenhänge werden auf einige davon isolierte Variablen reduziert. Man kann also sagen, dass im herrschenden Wissenschaftsverständnis a) der konkrete, reale Mensch-Welt-Zusammenhang ausgeklammert wird, dass b) Menschen zu handlungsunfähigen Objekte degradiert werden (sie können nur blind reagieren) und c), dass die Forschungsergebnisse nicht Aussagen über Menschen enthalten, sondern über statistische Zusammenhänge isolierter Variablen. Man kann nicht Menschen miteinander verrechnen, nur Variablen. Zudem handelt es sich bei statistischen Werten um Angaben zu Verhältnissen zwischen eben jenen Variablen. Sie sagen nichts aus über die individuelle Bedeutung, welche das Forschungsresultat für den je einzelnen Mensch hat. Und das alles gilt notabene auch für die herrschende ADHS-Forschung.

Langer Rede kurzer Sinn: Barkley's positivistisches Wissenschaftsverständnis und sein Menschenbild widerspiegeln zwar den Mainstream in Sachen empirischer Forschung, sind nichts desto trotz alles andere als sakrosankt.

Passend zu seinem Wissenschaftsverständnis ist seine sehr dezidiert und wiederholt geäusserte Behauptung, dass ein ADHS-Betroffener ohne professionelle Abklärung nicht wissen kann, ob die ADHS die Ursache der Probleme ist (dazu Barkley: „Werfen Sie einen Blick in die Gelben Seiten").

Der grundlegende Schwachpunkt in Barkleys Konzeption liegt darin, dass er den Betroffenen in der Forschung und Therapie – wie oben dargelegt – Objektstatus zuschreibt. Nachdenken und entscheiden können in Barkleys Selbstverständnis nur diejenigen, welche Forschungsdaten auswerten oder Abklärungen durchführen, nicht aber die „Objekte" der Forschung.

Dem kann ich nicht nur auf wissenschaftstheoretischer Ebene entgegnen, sondern auch gestützt auf eigene Erfahrungen in der Praxis entgegenhalten, dass ADHS-Patienten so dumm und handlungsunfähig definitiv nicht sind. Viele haben sich ein Vielfaches dessen an Wissen angeeignet, was Psychologen und Psychiaterinnen über die ADHS gelernt haben. Viele Betroffene und/oder deren Angehörige mussten sich zudem oftmals während Jahren selbst helfen und sich irgendwie durchschlagen. Zudem scheint Barkley vergessen zu haben, dass es in erster Linie dem Engagement amerikanischer ADHS-Selbsthilfegruppen zu verdanken ist, dass sich heute auch Fachleute mit der ADHS befassen. Darüber, wie eine subjektorientierte ADHS-Forschung und -Therapie aussehen könnte, schreibe ich dereinst einmal an anderer Stelle.

Ethos der Selbstbeherrschung

Wichtige, wenn auch historisch gesehen wohl jüngere Wurzeln der Selbstbeherrschung liegen in der protestantischen Arbeitsethik. Der berühmte Soziologe Max Weber schrieb zu Beginn des letzten Jahrhunderts in seinem Hauptwerk „Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus" Folgendes:

> *„Die Fähigkeit der Konzentration der Gedanken sowohl als die absolut zentrale Haltung: sich ‚der Arbeit gegenüber verpflichtet' zu fühlen, finden sich hier besonders oft vereint mit strenger Wirtschaftlichkeit, die mit dem Verdienst und seiner Höhe überhaupt rechnet, und mit einer nüchternen*

Selbstbeherrschung und Mässigkeit, welche die Leistungsfähigkeit ungemein steigert“.

Verfestigt wurde die kapitalistische Arbeitsethik dann durch die in dieser Zeit stark expandierende Psychologie. Die „Emotionale Selbstkontrolle“ war die zentrale Kategorie der Human-Relations-Bewegung, ja der Psychologie schlechthin. Sie ist es bis heute. Die Human-Relations-Bewegung entwickelte sich in der 1930er Jahren, um neue, eben psychologische Strategien zu entwickeln, um die Kontrolle des Gefühlslebens ausgebeuteter Arbeiterinnen und Arbeiter und des unteren Kaders zu verbessern und das Ausmass ihrer der Wut zu lindern, um schliesslich beizutragen, Streiks und Rebellionen zu verhindern.

Die vorherrschende psychologische Strategie, mit wütenden Arbeiterinnen und Arbeitern umzugehen, bestand im Postulat, dass ihr Ärger und ihre Wut nichts mit den Arbeitsverhältnissen, zu tun hatten. Es handle sich, so wurde postuliert und psychologisch geschickt vermittelt, um Wiederholungen früherer Familienkonflikte. Vorgesetzte wurden in Trainingsgruppen zur Verbesserung des Einfühlungsvermögen trainiert, sich die Beschwerden der Arbeiter anzuhören, diese zu ‚verstehen‘ und damit deren Wut zu reduzieren. Emotionale Selbstkontrolle und Einfühlungsvermögen wurden immer mehr zu den wegweisenden Kategorien der Unternehmenswelt des 20. Jahrhunderts. Sie dienten nicht dem Wohlergehen von Individuen, sondern der Stabilisierung des „sozialen Friedens“ oder zu Deutsch: der Kontrolle des ständig lodernden Konfliktes zwischen Arbeit und Kapital.

Dass sich die Psychologie im letzten Jahrhundert derart stark entwickeln konnte, beruht primär auf deren Engagement, Unternehmen darin zu unterstützen, die Ware Arbeitskraft möglichst gut am Laufen zu Erhalten und den Frieden im Betrieb zu bewahren. Sie meisselte den Ethos der Selbstbeherrschung dermassen tief in Stein, so dass wir heute meinen, es handele sich um naturgegebene Entitäten.

Ich erwähne dies alles, um darzulegen, dass die Kategorie der Selbstbeherrschung, wie ihn auch Barkley als wichtige, gesunde Exekutivfunktion naturalisiert und zelebriert, weder neu, naturgegeben noch unschuldig ist. Barkleys Ausführungen und Empfehlungen bezüglich erstrebenswerten Verhaltens in der Arbeitswelt laufen denn auch explizit darauf hinaus, sich passiv an die gegebenen Verhältnissen anzupassen. Wenn es sein muss, mit ADHS-Medikamenten.

Dazu Barkley im Kapitel „ADHS mit Hilfe von Medikamenten beherrschen“: „Es fällt Ihnen schwer, angesichts der vielen Ablenkungen und des Drucks am Arbeitsplatz gute Leistungen zu erbringen.“, und: „Sie wollen sich nicht länger von dem Gefühl demoralisieren lassen, dass Sie nichts von dem erreicht haben, was sie sich vorgenommen haben“. Und: „Ihr Chef fordert Sie auf, Ihre Verkaufsabschlüsse im kommenden Jahr zu verdoppeln und bevor sie sich auf die Zunge beissen können, entfährt es Ihnen: ‚Sie sind ja verrückt‘“.

Schuld am Unvermögen und dem Überforderungsgefühl sind nicht die Arbeitsverhältnisse und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, sondern a) die ADHS und b) der Umstand, dass der Leser immer noch keine ADHS-Medikamente einnimmt.

Auch hier manifestiert sich wieder der Objektstatus, welcher den Menschen im herrschenden ADHS-Forschungs- und Therapiediskurs zugeschrieben wird. Die krankmachenden Rahmenbedingungen werden als naturgegeben und unantastbar festgeschrieben. Gesund ist derjenige, welcher sich einfügt sich anpasst und die Wut gegen die Forderungen des Chefs herunterschluckt. Die Lösung liegt wieder ausserhalb des Individuums, nämlich Pille schlucken und Mund halten.

Wer heute Selbstbeherrschung postuliert, ohne die historischen und gesellschaftlichen Hintergründe zu reflektieren und sich darin zu definieren, muss sich den Vorwurf gefallen lassen, mit seinem Bemühungen primär die Anpassung auch an diejenigen gesellschaftli-

chen Bedingungen, welche der Entwicklung der Individuen bekanntlich nicht in allen Punkten förderlich sind, anzustreben und diese damit zu rechtfertigen und zu verfestigen.

Menschen = Männer

Charakteristisch für die Ausklammerung individueller und gesellschaftlicher Aspekte in der herrschenden ADHS-Forschung ist auch deren Geschlechtsblindheit. Da Frauen bekanntlich häufiger als Männer psychologische Hilfen in Anspruch nehmen und dies auch bezüglich der ADHS so ist, habe ich es in meiner Praxis mehr mit erwachsenen ADHS-Frauen als betroffenen Männern zu tun (bei Kindern ist es umgekehrt). Obwohl ich in den letzten Jahren ungefähr zweihundertfünfzig erwachsene Patientinnen mit einer ADHS oder einer ADHS-Spektrum-Störung kennengelernt und untersucht habe, habe ich oftmals das Gefühl, sehr vieles nicht zu verstehen.

Eines aber habe ich zwischenzeitlich begriffen: ADHS bei Frauen ist nicht das gleiche wie die ADHS bei Männern. Dass meines Wissens bis heute keine nennenswerte geschlechtsspezifische ADHS-Forschung erfolgt, ist unverständlich. Wenn aber im grossen „Handbuch für Erwachsene mit ADHS“ vom renommiertesten ADHS-Forscher Russel Barkley Frauen nur als Menschen (= Männer) vorkommen, ist das starker Tobak.

Barkleys Theorie der ADHS und seine Tipps scheinen mir generell sehr männlich. Vielleicht erlaubt deswegen sein Modell der gestörten Exekutivfunktionen es nicht, die ADHS vom unaufmerksamen Typus zu erklären beziehungsweise zu konzeptionalisieren. Für Barkley haben 30 bis 50 % aller Personen, bei denen eine ADHS vom unaufmerksamen Typus, diagnostiziert wurde, gar keine ADHS, sondern lediglich ein „träges kognitives Tempo“. Na danke Herr Barkley.

Transkulturelle Aspekte?

Typisch für die Ausklammerung gesellschaftlicher Aspekte in der herrschenden ADHS-Forschung ist ausserdem, dass transkulturelle Aspekte kein Thema sind. Beispiel „Zeitgefühl“: Für Barkley handelt es sich um eine der zentralen Exekutivfunktionen, welche bei der ADHS gestört sind (Betroffene trödeln, kommen dauern zu spät, schieben Dinge vor sich her usw.). Auf meinen zahlreichen Reisen durch Nordafrika habe ich realisiert, dass entweder 95% aller Menschen im Maghreb eine schwere Störung dieser Exekutivfunktionen haben müssen oder dass Barkley Theorie grundfalsch ist.

Wann in der Oase X wieder Diesel geliefert werde? Morgen, vielleicht erst in zwei oder drei Tagen. In Salah. Pünktlichkeit, sich die Zeit einteilen können, zielstrebig ein Projekt umsetzen, sich nicht ablenken lassen usw. sind allesamt Fähigkeiten, deren Relevanz alleine unter Berücksichtigung des kulturellen und damit gesellschaftlichen Kontextes Sinn erfährt. Barkley und viele andere Forscher im Bereich der Psychiatrie entwerfen Modelle psychischer Krankheiten, indem sie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen naturalisieren, also als fix gegeben erachten.

Berufe für ADHS-Betroffene

Barkley empfiehlt ADHS-Betroffenen eine Reihe von passenden Berufen. Erstens Militär, zweitens Haustürverkauf, drittens Pharmavertreter usw. (einen Kommentar erspare ich mir). Gleichzeitig geht Barkley davon aus, dass das ein überwiegender Teil der Erwachsenen mit einer ADHS studiert oder eine weiterführende Schule besucht. Dieser Eindruck entsteht deshalb, weil sich die meisten seiner Tipps und Empfehlungen an Studenten und Menschen richten, welche eine höhere Schule besuchen, an der Universität studieren oder eine abgeschlossene Ausbildung haben und am üblichen Stress des Berufslebens leiden.

Bleiben Sie skeptisch!

Barkley empfiehlt, in Sachen Informationen zur ADHS und vor allem hinsichtlich Behandlungsmethoden, deren Erfolgsversprechen zu gut und zu einfach sind, um wahr zu sein, skeptisch zu bleiben. Geht es dem Verfasser darum, Profit zu machen? Steckt hinter der Quelle eine dubiose Organisation? Sind Literaturhinweise vorhanden? Beruhen die Behauptungen auf echten wissenschaftlichen Beweisen? Barkley rät eindringlich zur Vorsicht.

Angesichts der unzähligen fundamentalistischen Gruppierungen, welche die Existenz der ADHS in Abrede stellen und der zahlreichen hochgepriesenen und meist nutzlosen „alternativen ADHS-Therapien“ ist Barkley Appell mehr als nur berechtigt. Stutzig wird der Leser und die Leserin indes dann, wenn ihm klar wird, dass Barkleys Appelle, kritisch zu bleiben, allen ausser ihm selbst gelten. In der Tat: Barkley präsentiert in diesem Buch seine wissenschaftlichen Erkenntnisse und sein ADHS-Verständnis in dogmatischer Manier als sakrosankt, als unantast- und unhinterfragbar. Das schmälert nicht nur seine persönliche Glaubwürdigkeit, sondern wirft auf ganz grundsätzlicher Ebene Fragen zur Validität der von Barkley vertreten Positionen auf. Leider kann man Barkley diesen Umstand nicht einfach verzeihen.

Fazit

Es mag hart klingen und andere werden in diesem Buch mehr Positives finden als ich, aber für mich ist dieses Buch in erster Linie eine mit Peinlichkeiten gespickte und vom Kunden selbst bezahlte, Werbeschrift für ADHS-Medikamente aller Hersteller (und nebenbei auch noch für die Impfung gegen das humane Papillomavirus, welche das Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, erhöhen soll).

Um die Leser und potentiellen Kunde moralisch weichzukochen, erfahren diese während der Lektüre auf eindringliche Art eine moralische Schuldzuschreibung, welche man nur durch eine noch bessere Therapie entkommen kann (Motto in diesem Buch ist:

„Wer auf Medikamente verzichtet, ist selber schuld, wenn er im Leben nicht vorwärts kommt“).

Um nicht missverstanden zu werden: Auch ich erachte Medikamente als zentraler Bestandteil der multimodalen Behandlung der ADHS. Und ich bin in keiner Sekte und gehöre keiner fundamentalistischen Anti-ADHS-Gruppierung bei. Und ja, Barkleys Buch enthält einige wertvolle Informationen, welche zu einem besseren Verständnis der und einem leichteren Umgang mit der ADHS beitragen können. Über allem jedoch schwebt eine sehr dunkle Wolke, ein Diskurs, welcher ADHS-Betroffenen in der Summe mehr schadet als nützt. Schade, dass Barkley mit diesem Buch seinen Ruf und die Chance verspielte, wirklich glaubhaft für die ADHS und die von ihr betroffenen Menschen einzustehen.

Buchbesprechung 2: „ADHS - Neurodiagnostik in der Praxis"

2011 erschien wieder einmal ein spannendes, gut geschriebenes und übersichtlich gestaltetes Fachbuch über die ADHS. Ein Fachbuch, bei welchem die Leser/-innen nicht schon nach wenigen Absätzen das Gefühl beschleicht, selbiges doch kürzlich in einem anderen ADHS-Fachbuch schon einmal gelesen zu haben. Autoren sind: A. Müller, G. Candrian und J. Kropotov. In diesem Fachbuch werden primär die Möglichkeiten der EEG-basierten Neurodiagnostik bei einem Verdacht auf ADHS erläutert. Die Autoren gehen dabei auf eigene Untersuchungstechniken wie unter anderem die Erhebung der evozierten Potenziale und deren Interpretation ein. Interessant sind unter anderem die sehr übersichtlichen Kapitel zur funktionellen Neuroanatomie der ADHS. Erfrischend auch, dass sich mehrere Kapitel praktischen, klinisch-therapeutischen Fragestellungen widmen. Alles andere also als "graue" Theorie. Wichtig: Müllers anspruchsvolles Buch richtet sich an Fachpersonen (und selbst für diese ist es ein „harter Brocken“).

Ausgangspunkt der Autoren bildet "ein grosses Unbehagen in Bezug auf die Subjektivität der Diagnostik". Solange sich eine Diagnostik auf individuelle Beobachtungen von Menschen aus ihren je unterschiedlichen Perspektiven abstütze, blieben diese zu ungenau, schreiben sie.

Die Autoren fordern eine "objektivierte, auf der Biologie basierende Diagnostik". Ihrem Konzept nach ermöglichen neurophysiologische Testwerte, gewonnen aus der Messung von Hirnströmen und deren Veränderungen, welche sie mit einem eigens entwickelten Testprozedere erheben, das Erfassen von Biomarkern, welche spezifisch für eine ADHS und deren Subtypen stehen sollen.

Mittels Vergleich dieser Daten von möglichen ADHS-Patienten mit jenen in einer in St. Petersburg domizilierten Datenbank mit gesammelten Werten von Hirnströmen gesunder Menschen, liessen sich 89% der (erwachsenen) ADHS-Patienten korrekt diagnostizieren. Die Autoren betonen dabei die Chancen der "Personalisierten Medizin", deren Tradition sie sich verpflichtet fühlen. Dieser geht es darum, auf Basis biologischer Kenndaten (Biomarkern) passgenaue und auf das Individuum zugeschnittene Therapien zu ermöglichen.

Die Ausführungen von Müller, Candrian und Kropotov lösen bei mir neben Interesse und Anerkennung auch eine Portion Unbehagen aus. Worum geht es?

- Die Biomarker-Diagnostik beruht auf hochgradig technologisierter Forschung. Letztendlich stellen Computer und Gentests Diagnosen und nicht mehr Menschen. Wollen wir das?
- Speziell bei psychiatrischen Diagnosen ist ein biologistischer Ansatz, in welchem psychische Störungen primär auf biologische Gesetzmässigkeiten reduziert werden, meines Erachtens nicht nur falsch, da verkürzt, sondern allein schon aus historischen und politischen Gründen höchst problematisch. Im Faschismus etwa wurden Diskriminierung und Rassentrennung

durch biologische Argumente gerechtfertigt. Dass die Autoren diesbezüglich nicht mehr Fingerspitzengefühl gezeigt und sich entsprechend abgegrenzt haben, irritiert.

- Mit einem Exkurs auf öko- und biosystemische Regulationsmodelle versuchen die Autoren, die propagierte biologische Diagnostik und Therapie in ein ganzheitliches, systemtheoretisches und systemtherapeutisches Rahmenkonzept zu stellen. So lesenswert und interessant die Ausführungen im Einzelnen auch sind, über das Ganze gesehen wirkt dieser Annex auf mich wie eine beruhigende Geste einer Mutter, welche ihrem Kind zu verstehen geben will, dass doch alles gar nicht so schlimm ist, alles als Ganzes doch prima zusammenpasst und bald wieder gut wird. Ein mutiger, für mich allerdings misslungener Versuch der Legitimation einer biologistischen Psychiatrie via Zwangsheirat von Systemtheorie und Neurobiologie.
- Um bei ADHS eine 90 %-diagnostische Treffsicherheit zu gewährleisten, bedarf es keiner komplizierten und teuren Analyse von Biomarkern. Eine zuverlässige ADHS-Diagnostik ermöglicht alleine schon eine auf dem Klassifikationssystem der DSM-IV (siehe Anhang) beruhende klinische Beurteilung von Symptombild und Krankengeschichte einer Patientin beziehungsweise eines Patienten. Um ADHS-Betroffene qualifiziert und individuell behandeln zu können (inklusive einer individuell abgestimmten und gut eingestellten medikamentösen Therapie), bedarf es in allererster Linie gut ausgebildete psychologische und medizinische Fachpersonen, welche Verständnis und Zeit für ihre Patienten aufbringen. Das war immer schon so (und wird es hoffentlich auch bleiben).
- Bei der "Personalisierten Medizin" handelt es sich um eine seit einigen Jahren von der Pharmaindustrie lancierte Kampagne. Da auch zur Behandlung der ADHS seit Jahren keine neuen und besseren Medikamente entwickelt werden konnten, sollen dank aufwändigen und teuren Diagnoseverfahren neue Subtypen von Störungsbildern generiert werden, welche einen "individualisier-

ten" Einsatz von Medikamenten ermöglichen und damit neue Absatzmärkte erschliessen. Eine unreflektierte Anlehnung an die "Personalisierten Medizin" erachte ich als problematisch.

- Die von Müller und seinen Kollegen entwickelte Diagnostik ist teuer und wird meines Wissens weder von den Krankenkassen noch von der IV bezahlt. Leisten können sich diese Analysen, bereitgestellt durch die Firma HBImed AG (Vorstandsvorsitzender ist A. Müller), nur finanziell gut gestellte Personen aus der Mittel- und Oberschicht. Wollen wir auch bei der ADHS eine privatwirtschaftlich und gewinnorientierte Zwei-Klassenmedizin?

So sehr im Einzelfall eine an Biomarkern ausgerichtete Therapie durchaus ihre Berechtigung haben mag und in Teilbereichen als bedeutsamer Fortschritt angesehen werden kann, geht die Gesamtstossrichtung der biologischen Psychiatrie und erst recht der sich eines Etikettenschwindels bedienenden „individualisierten oder personalisierten Medizin“ in die falsche Richtung.

Zwar ist die ADHS eine primär neurobiologisch bedingte Störung und die Behandlung erfordert in den meisten Fällen Medikamente. Für eine Heilung von Menschen mit einer ADHS bedarf es hingegen weit mehr als nur eine Bestimmung von Biomarkern und eine daraus abgeleitete medikamentöse Therapiestrategie. Dringend nötig sind mehr ADHS-spezialisierte psychotherapeutische Ambulanzen und Erziehungsberatungsstellen. Und mehr öffentliche Schulen und Lehrkräfte, welche ADHS-betroffene Kinder ernst nehmen und in Aus- und Weiterbildungen gelernt haben, auch mit diesen Kindern konstruktiv umzugehen. Und mehr ...

Trotz meiner Einwände erachte ich das ADHS-Fachbuch meines Kollegen A. Müller und seinen Kollegen als Meilenstein, um ADHS-Betroffene dereinst vielleicht einmal besser verstehen und behandeln zu können. Für Fachpersonen ist es Pflichtlektüre.

Anhang: Diagnostische Kriterien der ADHS gemäss DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1994)[4]

Für eine ADHS-Diagnose nach DSM IV müssen entweder A1 und/oder A2 sowie B, C, D & E zutreffen.

A1 Unaufmerksamkeit
Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit sind während der letzten sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden gewesen:

- Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten,
- andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositioneller Verhaltens- oder Verständigungsschwierigkeiten)
- hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- vermeidet häufig, oder hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur

[4] Die diagnostischen Kriterien der ADHS beruhen auf der zur Zeit aktuellen vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) von 1994. Im Mai 2013 wird DSM-V erscheinen. Dies wird mit einer Anpassung der diagnostischen Kriterien für die ADHS einhergehen.

- widerwillig mit Aufgaben, die länger dauernde geistige Anstrengungen erfordern
- (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben)
- verliert häufig Gegenstände, die für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt werden
- (zum Beispiel Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- lässt sich oft durch äussere Reize leicht ablenken
- ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich

A2 Hyperaktivität und Impulsivität
Sechs (oder mehr) der folgenden Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität sind während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmass vorhanden gewesen:

Hyperaktivität
- zappelt häufig mit Händen oder Füssen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- steht in der Klasse oder in Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- läuft herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- ist häufig „auf Achse“ oder handelt oftmals, als wäre er/sie „getrieben“
- redet häufig übermässig viel

Impulsivität

- platzt häufig mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht und stört andere häufig (platzt z.B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein)

B

Einige Symptome der Hyperaktivität-Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren
auf

C

Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (zum Beispiel in der Schule beziehungsweise am Arbeitsplatz und zu Hause)

D

Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsbereichen vorhanden sein

E

Die Symptome treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer sog. tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z.B. Affektive Störung, Angststörung, Dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung)

Subtypen:

- TYP 1: Wenn die Kriterien A1 und A2 während der letzten sechs Monate erfüllt waren: DSM-IV 314.01 (ICD-10 F90.00) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus.
- TYP 2: Wenn Kriterium A1, nicht aber Kriterium A2 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.0 (ICD-10 F98.8) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-störung, vorwiegend Unaufmerksamer Typus.
- TYP 3: Wenn Kriterium A2, nicht aber Kriterium A1 während der letzten sechs Monate erfüllt war: DSM-IV 314.O1 (ICD-10 F90.1) Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-störung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus.

Bei Personen (besonders Jugendlichen und Erwachsenen), die zum gegenwärtigen Zeitpunkt ADHS-Symptome zeigen, aber nicht mehr alle Kriterien erfüllen, wird „teilremittiert“ spezifiziert.

Stichwortverzeichnis

A

Ablenkbarkeit · 22, 77, 115, 161
Abstände einschätzen · 174
Abstoppen · 317
ADHS (Defnition) · 19
ADHS als gesellschaftliches Konstrukt · 265
ADHS bei Frauen · 73, 106
ADHS bei Jugendlichen · 79
ADHS bei Mädchen · 68, 106, 180
ADHS bei Männern · 62
ADHS ohne Hyperaktivität · 20
ADHS-Alterskriterium · 107
ADHS-Coaching · 49
ADHS-Persönlichkeitszüge · 98
ADHS-Screening-Test · 181
ADHS-Selbsthilfegruppen · 356
ADHS-Spektrum-Störung · 98
ADHS-Test · 98
ADHS-Therapiemanuale · 100
ADHS-Verdacht · 153
Adrenalin · 212
Adrenalin-Junkie · 64, 134
Afa-Algen · 269
Affektlabilität · 106, 122
Aggressionen · 55, 199, 259
Aggressionsfördernde Ballerspiele · 255
Aktivitätsregulation · 122
Akzeptanz des Anderssein · 225
Alkohol · 132, 262, 270, 281, 283
Allergien · 108
Alternative ADHS-Therapien · 361
Alternative Therapie · 50
Alzheimer-Krankheit · 75, 152
Ambivalenz · 125
Amphetamine · 295
Amygdala · 56
Analoguhr nicht lesen können · 174
Anamnese · 97
Anderssein · 113
Angst · 23, 87, 117, 125, 132, 179, 212, 258, 284, 295
Angst vor Fehlern · 150, 151
Angstbereitschaft · 116
Ängstlich-hypochondrische Selbstbeobachtung · 117
Ängstlichkeit im Turnen · 166
Anorexie · 81, 280
Anstrengungsvermeidungshaltung · 157, 219, 278
Antidepressiva · 75
Antidepressiva bei ADHS · 100
Äpfel mit Birnen vergleichen · 211
Apraxie · 174
Arbeitsgedächtnis · 43, 72, 109, 243, 297
Arbeitslosigkeit · 47

Arbeitsplatztrauma · 83
Arbeitstempo · 25
Ärger · 57
Ärger mit dem Chef · 63
Arme ritzen · 80
Arousal · 298
Asperger-Syndrom · 149, 178, 197, 208
Atlastherapie · 268
Atomoxetin · 100
Aufklärung · 234
Aufmerksamkeit · 93
Aufmerksamkeitsaktivierung · 109, 170
Aufmerksamkeitsfunktionen · 323
Aufmerksamkeitskapazität · 170
Aufschieberitis · 85
Auftretenshäufigkeit · 26
Auge-Hand-Koordination · 173
Ausbildungstrauma · 83
Auslassversuch · 41, 49
Ausschluss anderer Störungen · 97
Auswendiglernen · 301
Autismus · 178, 293
Autoaggressives Verhalten · 301
Autonomieentwicklung · 283, 286

B

Baldrian · 241
Behandlungsverlauf · 49
Behandlungsziele · 39
Behaviorale Inhibition · 296
Beinewippen · 157
Belohnung · 22
Belohnung und Bestrafung · 227
Belohnungssystem · 22, 41, 55, 323
Belohnungszentrum · 276
Berufe für ADHS-Betroffene · 360
Berufliches Versagen · 96, 108
Bettnässen · 286
Beziehungsfähigkeit · 112
Beziehungskonflikte · 123
Beziehungstrauma · 83
Beziehungsverhalten · 118, 125
Bildschirmmedien · 142, 185, 229
Bildschirmmedienkonsum · 247, 308
Bildschirmmedienkonsumverhalten · 333, 335
Biologistische Psychiatrie · 363
Biomarker · 101
Bipolare Störung · 261
Blamagen · 113
Blitzentscheidungen · 75
Blossstellungen · 113, 117
Borderline-Störung · 99, 263
Brown ADD-Scales · 154
Buchbesprechung · 348
Bulimie · 267
Burnout · 53, 89, 96

C

Cannabis · 166, 262, 281
Cannabis-Konsum · 346
Chaosprinzessin · 102
Charakter · 112
Charakterliche Disposition · 238
Checkliste Diagnostik · 136
Checklisten · 37
Coca Cola · 276, 289
Computergestützte Therapie · 33
Computerspiele · 317, 322
Cyber-Mobbing · 337

D

Daueraufmerksamkeit · 45, 170, 314
Dauerstress · 104
Defizitorientierte Therapiemassnahmen · 50
Delay-Aversion-Modell · 54
Delinquenz · 21, 96, 124, 296
Denkstörungen · 116
Depersonalisation · 116
Depressionen · 47, 75, 87, 121, 125, 131, 132, 152, 259, 284, 300
Depressionen bei Kindern · 260
Derealisation · 115, 116
Detailorientierter Wahrnehmungsstil · 199
Diagnose Definition · 130
Diagnose- und Behandlungsleitlinien · 30
Diagnostik · 35, 130, 146, 251
Diagnostische Stolpersteine · 155
Diät · 24, 33, 268
Differenzialdiagnose · 38, 97, 98, 131, 176, 179, 186
DIMENSIONER · 175
Divergentes Denken · 42, 314
Dopamin · 56, 57, 275, 276, 281, 282, 304, 324
Dopaminhypothese · 93, 295
Dopamin-Stoffwechsel · 324
Dosierungshöhe · 41
Dreinschiessen · 313
Drogen · 81, 106, 281, 295, 301
Drohungen · 209
Druck am Arbeitsplatz · 186
DSM IV · 366
DSM-IV · 107, 131, 134, 164, 177, 180, 186, 291, 303, 364
DSM-V · 16, 19, 197, 366
Durchhaltewillen · 274
Durchschlafstörung · 253
Dyskalkulie · 132, 185, 222, 249, 253, 257, 295, 304
Dysphorie · 287

E

EEG · 40
EEG-basierte Neurodiagnostik · 362
Ehescheidung · 89
Ehrlichkeit · 29
Eifersucht · 119, 301

Einbruch der Leistungen · 123
Einfühlungsvermögen, fehlendes · 201
Einnahmezeiten · 41
Einschlafstörung · 240, 253
Einsichtsorientierter Erziehungsstil · 226
Einzigartigkeit des Individuums · 28, 101
Eisenmangel · 40, 143
EKG · 40
Eliminationsdiät · 33
ELPOS · 135
Eltern mit ADHS · 46, 222
Elternberatung · 47
Elterntraining · 283
EMDR · 260
Emotionale Selbstkontrolle · 357
Emotionen · 54, 109
Empathie · 202
Empfindsamkeit · 119
Energiedrinks · 289
Energielosigkeit · 259
Energieüberschuss · 113
Enkopresis · 257
Entmutigung · 120
Entscheidungsschwierigkeiten · 116
Entschuldigungsbriefchen · 275
Entspannungstechniken · 268
Entwicklungsbedürfnisse · 28
Entwicklungsneuropsychologie · 263
Enuresis · 257
Epilepsie · 40, 132
Erblichkeit · 92, 221
Ergotherapie · 33, 47, 175, 249
Erhaltungsdosis · 42
Erschöpfungsdepression · 53, 90, 96, 105, 286
Erzieherische Lernstörungen · 226
Erziehung · 29, 46, 47, 235
Erziehungsratgeber · 226
Erziehungsresistente Kinder · 226
Esoterik · 148
Essstörung · 121, 199, 263
Ethos der Selbstbeherrschung · 356
Exekutivfunktionen · 97, 100, 109, 296, 300, 304, 351
Existenzangst · 121, 125
Exzessiver Sport · 301

F

Facebook · 337
Falsch-positive ADHS-Diagnose · 98, 152
Familiäre Spannungen · 131
Familienanamnese · 37, 303
Familienklima · 29, 222
Familienkonferenz · 223
Familienregeln · 225
Familientherapie · 222
Familientrauma · 83
Fantasiekraft verlieren · 327
Faulheit · 85
Fehldiagnose · 288
Fehlverschreibungen von Stimulanzien · 184
Feinmotorik · 255

Fibromyalgie · 108
Filterschwäche · 117, 274
Fingernägel kauen · 63
Flow-Erleben · 289
Flüchtigkeitsfehler · 19, 103, 292
Fokussierung · 352
Fördermassnahmen · 252
Fragiles-X-Syndrom · 263
Frühschwangerschaft · 81
Fundamentalismus · 340

G

Game Boy · 311
Game Boy-Diät · 315
Gameboy · 157, 274, 275, 290
Gamen · 316
Ganzheitliche Behandlung · 263
Ganzheitliche Therapie · 38, 250
Gedächtnis · 123
Gedächtnisschwäche · 172
Gedankenrasen · 115
Geduld · 25, 274
Gefangene des Augenblicks · 115
Gefrorener Blick · 326
Gefühl für Hierarchien · 248
Gefühl für Nähe und Distanz · 248
Gefühlen ausgeliefert sein · 44
Gefühlsbremse · 78
Gentest · 154
Genussfähigkeit · 112
Gerechtigkeitsfanatiker · 27
Gerechtigkeitssinn · 52, 217, 280, 287
Gereiztheit · 57, 85
Geschlechterverteilung · 103
Geschwindigkeitsübertretungen · 63
Geschwister · 46
Geschwisterkonflikte · 221
Geschwisterrivalität · 209
Geschwistertrauma · 83
Gesellschaftliche Rahmenbedingungen · 26
Gesellschaftskonforme Therapieziele · 28
Gesunder Menschenverstand · 128
Gewalt · 55
Gewichtsschwankungen · 74
Ginkgo-Extrakte · 268
Glaubwürdigkeit in der Erziehung · 224
Glücksspiel · 88, 104
Goldstandard der Diagnostik · 164
Grafomotorik · 255
Grosseltern · 212
Grübeleien · 105
Grundgefühl der Irritation · 115
Grundintelligenz · 314
Gymnasium · 123

H

Handeln ohne sofortige Bestätigung · 41

Handlungsorientierter Erziehungsstil · 227
Handschrift · 166
Hausaufgaben · 22, 40, 42, 44, 52, 84, 228, 242, 243, 244, 246, 273, 278, 285, 290, 309, 321, 367
Hausaufgabenbüchlein · 310
Hausregeln · 230
HAWIK-III · 174
Hier-und-Jetzt-Empfinden · 217
Hilflosigkeit · 60
Hirnaktivierungsmuster · 324
Hirndoping · 95
Hirnerschütterung · 132
Hirnforschung · 53
HKS · 102, 285
Hochbegabung · 132, 284
Hochstapler · 113
Hohe Intelligenz · 39
Homöopathie · 268
Horror-Video · 344
Human-Relations-Bewegung · 357
Hyperaktivität · 19, 102, 367
Hyperempfindlichkeit · 52
Hypersensibilität · 26, 132, 179, 286

I

Ichbewusstsein · 119
Ichsyntones Selbst- und Umwelterleben · 114
Identitätsentwicklung · 50
Identitätsgefühl · 112, 125
Impulshemmung · 22
Impulsiver Arbeitsstil · 171
Impulsivität · 19, 22, 102, 116, 121, 178, 367
Impulskontrolle · 43, 69, 71, 73, 93, 109, 121, 171, 305, 313
Indikationsstellung · 36
Individualpsychologie · 148
Inhibition · 115, 297, 304
Innere Unruhe · 259, 281
Inneres Chaos · 74, 121
Intelligenz · 43, 89, 90, 118, 288
Intelligenzdiagnostik · 165
Interessenskonflikte · 354
Intuition des Psychotherapeuten · 30
Invalidenversicherung · 144
IQ-Test · 166

K

K-ABC · 174
Kaffee · 289
Kindererziehung · 74
Kindergartenalter · 141
Kinderpsychopathologie · 263
Kindertrauma · 83
Kindsmisshandlung · 77
Kinesiologie · 268, 282
Koffein · 104
Kokain · 262, 281
Kombinationsdiagnosen · 250
Komorbide Störungen · 46, 132
Komorbidität Definition · 249
Konsolespiele · 25

Konsum von Bildschirmmedien · 132
Konsumrausch · 25
Kontaktverhalten · 205
Konzentrationsprobleme · 178
Konzentrationsschwäche · 251
Konzentrationstest · 169, 314
Krankheitsverlauf · 134
Kränkungen · 113
Kreativität und Intuition · 291
Kriegsspiele · 317
Kunstfehler · 164
Kurzzeitgedächtnis · 43, 297
Kurzzeitig wirkende Stimulanzien · 42

L

Landkarten nicht lesen können · 174
Langeweile · 57, 63, 78, 105, 156, 289
Langjährige Psychotherapien · 48
Langsames Arbeitstempo · 248
Langsamkeit · 20
Langzeitgedächtnis · 43, 84, 212, 314
Langzeitpräparate · 42
Legasthenie · 23, 47, 113, 186, 256, 284, 295
Lehrertrauma · 83
Leidensdruck · 90
Leistungseinbruch · 106
Leitlinien · 143, 165
Lern- und Gedächtnisfunktionen · 172
Lernbehinderung · 132, 185
Lernen · 123
Lernen mit Musik · 245
Lernerfahrung · 319
Lernerfahrung am TV · 319
Lernstörung · 46, 113, 132, 180, 253, 295
Lernstörungen · 180
Lerntherapie · 46, 47, 253, 271
Lerntrauma · 83
Lese- und Rechtschreibstörung · 46, 132
Lesen · 310, 327
Liebesbeziehungen · 89
Loben · 223
Lustprinzip · 79, 279

M

Mädchen mit ADHS · 123
Management-Ratgeber · 352
Manfred Spitzer · 329
Mangel an Seelennahrung · 281
Manische Phasen · 261
Max Weber · 356
Medikament auch an Wochenenden? · 221
Medikamente · 93
Medizinische Vorabklärungen · 40
Melatonin · 254

Mensch-Welt-Zusammenhang · 355
Menstruationsbeschwerden · 75, 77, 106
Mentale Rotationen · 173
Merkfähigkeitsstörung · 131, 286
Messie-Syndrom · 163
Methylphenidat · 94, 100, 110
Migräne · 106
Milchkaffee · 241
Minderintelligenz · 185
Minderwertigkeitsgefühle · 47, 52, 53
Minimalismus · 80, 85, 157
Misserfolge · 117
Misserfolgserlebnisse · 35
Misserfolgserwartung · 53, 97
Misshandlungen · 290
Mobbing · 131, 132, 179
Modediagnose · 185
Motivation · 56, 289
Motivationsregulation · 54
Motorische Entwicklungsstörung · 255
Mr. Bean · 191
MTA-Studie · 271
Multimodale Therapie · 31, 100, 252
Multitasking · 25, 114
Multitasking-Denken · 117
Mutismus · 199

N

Nachlegetest · 174
Nachtruhe · 312
Nägelkauen · 73, 285
Narzisstische Persönlichkeitsstörung · 186
Nebelgefühl · 94
Nebenwirkungen · 258
Negative Grundannahmen · 48, 53, 96, 100
Negativer Voraussagewert eines Tests · 160
Nein-Sagen-können · 119
Nervosität · 78
Neurodiagnostik · 348, 362
Neuro-Enhancement · 95
Neurofeedback · 24, 32, 252, 268
Neuropsychologie · 155, 300
Neuropsychologische Therapie · 33
Neuropsychologische Untersuchung · 23, 97, 139, 146, 147, 250
Neurotransmittersysteme · 57
Nicht-warten-können · 310
Nikotinpflaster bei ADHS · 81
Nintendo · 311
Non-Responder · 135
Nonverbale Kommunikation · 205
Nonverbale Lernstörung · 47, 113, 140
Normvorstellungen · 58
Notenbefreiung · 256
Notlüge · 118
Novelty seeking · 277

O

Ohnmachtsgefühl · 55, 226
Omega-3-Fettsäuren · 34
Online- und PC-Game-Sucht · 132
Online-Friedhof · 339
Oppositionelle Verhaltensstörung · 132
Östrogen · 106

P

Panik · 66, 94, 115
Passagierschein für ein besseres Leben · 349
Peinlichkeiten · 120
Perfektionismus · 132
Personalisierte Medizin · 364
Personenzentrierte Interventionen · 32
Persönlichkeitsveränderungen · 34
Perspektivenübernahme · 203
Phänomenologie der ADHS · 284
Pharmaindustrie · 348, 352
Pharmakotherapie · 304
Phobie · 258
POS · 65, 102, 167, 285
Positivistisches Wissenschaftsverständnis · 355
Posttraumatische Belastungsstörung · 132, 162
Potenziale des/der Betroffenen · 49
Prävalenz der ADHS · 103
Praxistipps · 136
Problemlöseverhalten · 42
Protestantische Ethik · 356
Provozieren · 157
Prüfungen unter Zeitdruck · 59
Prüfungsangst · 88, 285
Psychische Folgen der ADHS · 83
Psychoanalyse · 66, 148
Psychoedukation · 32
Psychologentrauma · 83
Psychopharmaka · 139
Psychosomatik · 113
Psychotherapie · 23, 43, 48, 75, 125
PTBS · 260
Pubertät · 79, 83, 106, 279
Punktepläne · 233

R

Rastlosigkeit · 25
Räumlich-kognitive Störungen · 176
Raumorientierung · 174
Raumverarbeitung · 173, 174
Raumverarbeitungsstörung · 131, 249, 251, 257
Reaktionsunterdrückung · 41, 207
Realitätsbezug · 115
Rebound-Effekt · 237
Rechenschwäche · 257
Recht auf eine optimale Therapie · 30

Rechtschreibstörung · 131, 173, 256
Reizbarkeit · 78
Reizfilterschutz · 274
Reizfilterschwäche · 323
Reizfilterung · 105
Reizhunger · 116, 157
Reizoffenheit · 29, 71, 79, 114, 120, 291, 299
Reiz-Reaktionsforschung · 354
Reizselektion · 41
Reizüberflutung · 25, 105, 115
Respekt vor Autoritäten · 248
Ressourcen ausschöpfen · 49
Risikosport · 88, 104
Ritalin · 94, 110, 184, 221, 238, 304
Rivalität · 212
Ruheloses ADHS-Gehirn · 281
Russel A. Barkley · 348

S

Sandspiel-Therapie · 129
Scham · 96, 113, 281
Schaukelsessel · 246
Scheidung · 96
Schilddrüse · 110
Schizophrenie · 132, 179, 199, 368
Schlaf · 75
Schlafstörung · 115, 131, 142, 254, 259
Schmerzen · 119
Schönschrift · 255
Schüchternheit · 113
Schulden · 47, 108
Schuldgefühle · 52, 53, 87, 118, 121, 203
Schule · 21, 26
Schulerfolg · 321
Schulische Minderleistungen · 96
Schulische Überforderung · 131
Schulnoten · 39
Schulpsychologie · 136
Schulpsychologische Tests · 154
Schultrauma · 83
Schulverweigerung · 87
Schulzeugnisse · 91
Schwäche der Hemmfunktionen · 155
Schwangerschaft · 267
Schwatzhaftigkeit · 90
Seitensprung · 88
Sekten · 34, 148
Selbstaktivierung · 352
Selbstaufmerksamkeit · 43, 48, 100
Selbstbeherrschung · 42, 156, 352
Selbstbewusstsein · 62, 120
Selbstdispensation · 41
Selbsteinschätzung · 62
Selbsthass · 36, 113
Selbstkontrolle · 73, 298
Selbstkonzept · 112
Selbstmedikation · 81, 281
Selbstorganisation · 19
Selbstreflexion · 43
Selbststeuerung · 23, 73, 352

Selbstverantwortung des Kindes · 232
Selbstverbalisation · 298
Selbstverletzungen · 106, 116, 121, 263
Selbstvorwürfe · 121, 122, 259
Selbstwahrnehmung · 125
Selbstwertgefühl · 113, 119, 148, 287
Selbstwertprobleme · 21
Selbstzufriedenheit · 112
Selbstzweifel · 36, 53, 87, 115, 310
Sex · 88
Sexuelle Ausbeutung · 106, 290
Smalltalk · 64
Somatisierungsstörung · 295
Sonderinteressen · 207
Sonderschule · 113
Sorgen · 120
Sortierstation Wichtig-Unwichtig · 44
Späte Erstmanifestation · 99
Spezialinteressen · 206
Spielkonsolen · 244, 312
Spielsucht · 121
Spontankauf · 122
Sport und Bewegung · 255
SSRI · 111
Standortbestimmung · 49
Stehlen · 80
Stehpult · 246
Stichwortverzeichnis · 370
Stimmungsabfall bei Inaktivität · 78
Stimmungsschwankungen · 52, 75, 78, 122, 259, 287
Stimmungstief · 259
Stimulanzien · 34, 40, 56, 92, 93, 100
Stimulationshunger · 53, 278, 282
Stimulationsmangel · 156
Stolpersteine der Testdiagnostik · 160
Störung des Sozialverhaltens · 131, 180, 261
Strafen · 59, 113
Strassenverkehr · 78, 318
Stress · 105, 236
Stresslevel in der Familie · 236
Struwwelpeter · 284
Sucht · 47, 87, 108, 264, 267, 270, 284
Suchtgefahr · 305
Suchtprävention · 272, 281
Suchtrisiko · 35, 270
Suchtverhalten · 57
Suizid · 260
Symptom-Checklisten · 154
Systemtheorie · 364

T

Tabak · 262
Tagesmüdigkeit · 254
Tätlichkeiten · 224
Technologisierte Forschung · 363
Teilleistungsstörung · 38, 140, 146, 152, 244
Temperament · 112
Termine verpassen · 104
Teufelskreis · 53

Theory of Mind · 202, 207
Therapeutische Beziehung · 29
Therapie bei unklarer Diagnose · 38
Therapie- und Förderplanung · 143
Therapieempfehlungen · 268
Therapieerfolg · 40
Therapieforschung · 30, 268
Therapieplan · 28, 35, 39, 252
Therapieverlauf · 44
Tic · 131, 179, 199, 295
Time-out · 224
Tomatis-Therapie · 268
Tourette-Syndrom · 131, 199, 258
Training der sozialen Wahrnehmung · 208
Transmitterstoffwechsel · 56
Trauerarbeit · 101
Trauerreaktion · 340
Traumatherapie · 252
Traumatisierende Erlebnisse · 105, 120
Träumen · 85
Trennungsangst · 119
Trödeln · 72, 85, 360
Trotz · 80, 87, 113, 256, 280
TV ausschalten! · 229
TV/DVD-Konsum · 255
TV-Konsum · 230

U

Über- und Unterforderung · 290
Überaktivität · 178
Überforderungsgefühl · 25, 115
Überforderungsgefühl der Mutter · 182
Überhöhte elterliche Erwartungen · 132
Übersteigerte Aufmerksamkeit · 151
Übersteigerte Empfindlichkeit · 273
Umgang mit Geld · 121
Umweltbedingungen · 28
Unaufmerksamer Typus der ADHS · 67
Unaufmerksamkeit · 19, 366
Unerwünschte Arzneimittelwirkungen · 34
Unfähigkeit sich zu entspannen · 78
Unfälle · 69
Unfallgefahr · 82
Unfallneigung · 108, 295
Ungeduld · 21
Unité du doctrine in der Erziehung · 233
Unlust · 22
Unordnung · 20, 74
Unpassende Dinge sagen · 74
Unselbstständigkeit · 245
Unterricht · 29
Untersuchungsbericht · 144
Unzufriedenheit · 78, 105
Unzuverlässigkeit · 53, 85
Ursachen der ADHS · 92

V

Verantwortung der Eltern · 269
Verdachtsdiagnose · 39
Vergesslichkeit · 19, 58, 77, 107, 120, 161
Verhaltenshemmung · 296
Verhaltensregeln · 223
Verhaltenssteuerung · 32
Verhaltenstherapie · 23, 39, 252, 259, 268, 304
Verkehrsunfälle · 35, 96, 268
Verkehrsunfallgefahr · 81
Verlaufsdiagnostik · 145
Verlaufskontrollen · 49
Versagensangst · 52, 88
Versagensängste · 281
Verschreibungspraxis von Stimulanzien · 183
Verschuldung · 96
Verträumtheit · 284
Verwechslungsgefahr mit der ADHS · 255
Verwöhnung · 60
Verzweiflung · 80, 115
Videogames · 308
Vigilanz · 109
Vitamin-A-Therapien · 269
Vokabeln lernen · 157
Vorsicht Bildschirm · 255, 329
Vorwürfe · 58

W

Wahrnehmung · 169, 319
Wahrnehmungsmuster · 320
Wahrnehmungsstörung · 131
Wenig Gefühl für sich haben · 43
Widerstandskraft gegen Ablenkungen · 42
Wirkdauer von Stimulanzien · 41, 42
Wirkungslose Therapie · 147
Wissenschaftsverständnis · 348, 354
Witze verstehen · 195
Wochenpläne · 59
Workaholic · 89
WURS · 154
Wut · 52, 57, 66, 78, 113
Wutausbrüche · 261

Z

Zappeligkeit · 22
Zappelphilipp · 67
Zeitfresser TV · 327
Zeitgefühl · 20, 72, 93, 109, 285, 296, 297
Zentrale Kohärenz · 199
Zerebrale Bewegungsstörung · 304
Zerstreutheit · 19, 69, 114, 115, 161
Zettelwirtschaft · 75
Zigaretten · 81, 168, 236
Zu spät kommen · 83
Zuckerdiät · 268
Zurückweisungen · 119
Zwang zum Schönschreiben · 59
Zwänge · 199

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung · 149
Zwangsstörung · 108, 124
Zweifel · 125
Zwei-Klassenmedizin · 365
Zweitmeinung · 31, 128, 144, 177, 183
Zwillingsstudien · 92, 221
Zyklothymia · 123, 186

ADHS



www.adhs.ch
www.piero-rossi.ch